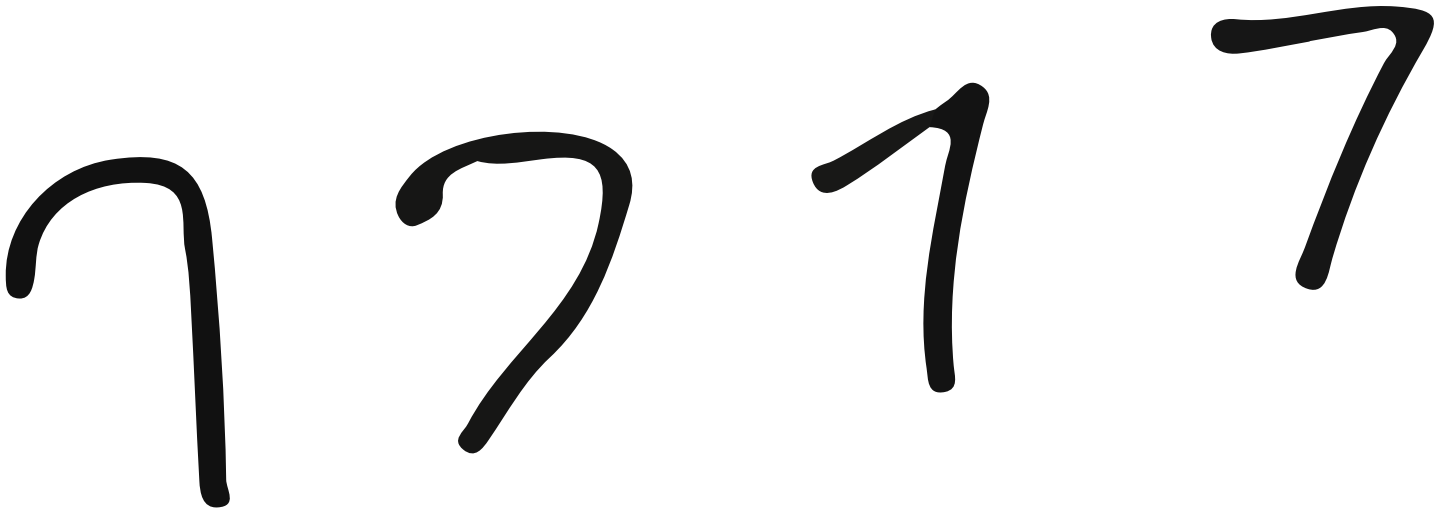
e respect

Revue des Etudiants en Soins Primaires & Chercheurs Toulousains

n° 7 JUIN 2014



www.e-respect.fr

Université de Toulouse

Université Paul Sabatier TOULOUSE III

Département Médecine Générale
http://www.dumg-toulouse.fr

SOMMAIRE

07 / juin 2014

Édito 3

Billets 4

Actualités médicales 5

Actualités universitaires 9

Réforme du Deuxième Cycle des Etudes Médicales

Actualités professionnelles 12

Généralisation du tiers payant en médecine générale

Tranche de vie d'externes 14

Le remplacement, une étape importante après le parcours de formation

Premiers doutes et premiers remerciements

Soins primaires 18

Motifs d'hospitalisation aux urgences des patients de plus de 75 ans en fonction de leur statut

Comment valoriser sa thèse en Médecine Générale ?

Cas cliniques 25

Un testicule impalpable

Asthme de l'enfant de moins de 3 ans

Le syndrome inflammatoire du sujet âgé

Une éruption atypique

Lecture critique d'article 35

Association entre les évènements cardiovasculaires et les médicaments effervescents, dispersibles et solubles contenant du sodium :

Une étude cas-témoin nichée dans une cohorte

Ça peut toujours servir 38

Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

Les Associations 40

Un ETAI à Toulouse, partenaire des enfants laotiens

Bouge ton Karma !

e respect

DIRECTEURS DE LA PUBLICATION
Ingrid BASTIDE
Stéphane OUSTRIC

RÉDACTEURS EN CHEF
Philippe ARLET
Thierry BRILLAC
Lucie GASC
président ACEMT

Responsables de la Communication
Brigitte ESCOURROU
David OUTH GAUER

Responsable administratif et financier
Serge BISMUTH

Responsable numérique, internet et coordination multimédia
Pierre BOYER

Responsables de la section actualités
Stéphane MUNCK
Bruno CHICOULAA
Emile ESCOURROU
Lucie BIDOUZE
Vincent GUION
Mathieu CHANUT

Responsables de la section soins primaires
Julie DUPOUY
Marie Eve ROUGE BUGAT
Julie SUBRA
Damien DRIOT
Emile ESCOURROU

Responsables de la section cas cliniques
Anne FREYENS
Anne Lise YVERNES
Pierre BISMUTH
Mathieu CARADINE
Inès LAKBAR
Julie GOUTAY

Responsables de la section lecture critique d'article
Inès LAKBAR
Gérard LEROUX
Damien DRIOT

Responsables de la section article en anglais
Jennifer PHILIPS
Vincent GUION
Sirine LAKBAR

Responsables de la section associations
président AIMG
président ACEMT

Conseillers éditoriaux
Hervé MAISONNEUVE
Vincent RENARD

Création graphique
g-design.net

contact@e-respect.fr
www.e-respect.fr

ÉDITO

Sept...

Alors voila, c'est le numéro 7,

Alors voilà… Quand nous, « 2 séniors des séniors», avions imaginé et osé réaliser cette revue scientifique médicale « par et pour les étudiants », nous étions loin de penser très honnêtement que cela marcherait …du moins existerait encore ce jour. Merci H. d'avoir insisté. Je vous l'ai déjà écrit dans le numéro 2… attention au plagiat et à la répétition coupables.

Mais maintenant cette aventure pédagogique en est à son numéro 7 et avance vers sa troisième année d'existence à grande vitesse.
Et cela, nous le devons aux jeunes confrères en formation. Etudiants, internes MG et non MG, jeunes diplômés.
Oui VRAIMENT… à cette « junior team » et sa directrice de publication I.B (généreuse, douée et passionnée mais qui a passé l'ECN…).

Cette aventure reste, avant tout, un moment de partage et de rencontre entre « les apprenants » et « les sachants », entre les générations – les horizons – les origines – les influences et les croyances diverses. A leur manière, cette « young dream team » nous a tenus debout. Il est temps aujourd'hui qu'un sénior leur dise merci pour nous tenir droit…

Alors voila, ce numéro 7 est particulier… parce que le chiffre 7, à la symbolique puissante, Baptiste B. en parlerait, non écrirait, certainement avec poésie et verve car ce chiffre « a la plus grande puissance magique »… sans oublier les 7 Horcruxes de Voldemort vaincus par Harry Potter.

Alors voilà, il est aussi temps de remercier ce junior qui est passé directement à la case maestro et qui nous fait l'amitié de nous accompagner.
Alors voila, Baptiste B. écrit des tranches de vie médicale, de sa vie de jeune diplômé, de celles des autres, de celles qui comptent pour nous... Et il écrit tellement bien, que c'est à partager, à diffuser et à faire connaître...Pour lui, pour eux...pour nous. Oui Vraiment pour nous. Consultez www.alorsvoila.com.

Alors voilà, n'hésitez surtout plus, vous les « séniors engagés pédagogiquement» à les accompagner pour que nos « jeunes » continuent à écrire pour eux, pour demain et pour longtemps. Ils le font tellement bien.

VRAIMENT

Pr Stéphane Oustric,
Médecin Généraliste - Professeur des Universités

Billet

Baptiste Beaulieu, interne

Parfois, certaines semaines sont dures. La semaine dernière, j'ai perdu un gosse. Un petit gamin, huit ans, une leucémie. Un truc bien dégueu.

Comme souvent, dans les cas de coup durs, je pense à deux choses :

- Mon grand-père Moïse (on a tous un vieux qui est mort et qui veille sur nous !)
- Le mojito qui m'attend le samedi soir pour me vider la tête (je ne bois et ne fume QUE le samedi soir. C'est gâché sinon !).

La semaine est passée, le samedi soir est arrivé. J'ai vu mes amis, on a bu. Un mojito, deux mojitos, trois mojitos. Y a pas mieux. C'est sucré, ça passe comme du petit lait.

On a dansé. Une danse, deux danses, vingt danses.

Fin de la soirée.

Quatre heures du matin.

http://alorsvoila.centerblog.net

Je rentrais du bar et, comme dirait ce bon vieux Bukowski, j'en tirais une bonne. J'ai mis de la musique sur les oreilles. L'idée était de danser seul dans la nuit, sur le trottoir.

L'idée c'était d'avoir droit à une vingt et unième danse. Mais je ne suis pas resté seul longtemps. Mon grand-père s'est joint à ma valse. Mon vieux était en costume et il était jeune, beau, il n'était plus grand-père. Il a dansé comme dansent les amoureux du bal. Et je le portais au bout de mes bras comme une fumée très douce qui sentait la vanille et le feu de bois. On a tourné longtemps, et les lampes des villes se sont changées en lucioles. Une voiture a klaxonné en nous croisant parce que son conducteur était heureux que nous soyons heureux, mon ancêtre et moi.

Un vent léger s'est levé et nous a portés haut dans les airs, j'ai gratté un coin de ciel noir et de la suie est tombée quelque part en Italie. Parce que le ciel de Rome est plein de Dieux et de Déesses et que leurs jambes pendent par-dessus les nuages, nous nous sommes balancés mon vieux et moi de cheville en cheville, de Déesses en Dieux, et de Dieux en Déesses, et on riait, et on riait sans s'arrêter. On riait parce que les pieds des Dieux et des Déesses sentent aussi mauvais que les pieds des hommes et des femmes sur la terre.

Avant la fin de la chanson, avant la fin de la nuit, Moïse s'est évaporé pour laisser la place au gosse. Lui aussi a dansé avec moi, comme s'il avait toujours su danser, que rien au monde n'était plus facile. On tournait, tournait, tournait encore et encore, et le monde était bon et beau, et les enfants étaient comme les grands-pères, ils ne mourraient plus, ils ne mourraient jamais. Ils restaient des enfants pour toujours. C'était très naïf et toute cette naïveté était un cadeau immense. Le cynisme se changeait en petit chien roux et tendre, qui nous léchait la plante des pieds pendant notre vol, la vérité nue s'habillait en robe de soirée verte et doudoune rouge et la Justice retirait son bandeau car il n'y avait plus de crime et donc plus besoin de justice. Elle se mettait à la poésie et récitait du Baudelaire.

Le vent s'est levé, nous sommes remontés vers l'azur et de la suie est encore tombée quelque part. En Italie ou ailleurs, car le vent était puissant, que l'enfant grattait fort, que les pieds des Dieux la lançait très, très, très loin.

Quand il a terminé de chanter, je suis rentré dormir et j'ai dormi longtemps.

Actualités médicales

Lucie Bidouze, externe – Mathieu Chanut, interne
Bruno Chicoulaa, docteur

Adaptation de l'antibiothérapie chez la personne obèse

L'obésité se définit par un IMC (Indice de Masse Corporelle) > 30 kg/m². Le patient obèse se caractérise par une **augmentation de sa masse grasse** et une **augmentation du débit cardiaque**. Ces modifications retentissent sur la **pharmacocinétique** des médicaments en entraînant : des sous-dosages si nous utilisons des traitements aux doses habituelles, des surdosages si nous utilisons le poids réel lors d'une prescription en mg/kg ou lors de l'utilisation de médicaments à marge thérapeutique étroite. Il est nécessaire d'avoir les 3 poids suivants : le poids réel, le poids idéal soit pour l'homme 49,9 + 0,89(taille en cm – 152,4) et pour la femme 45,4 + 0,89(taille en cm – 152,4) et enfin le poids ajusté soit Poids idéal + FC*(poids réel mesuré – poids idéal), FC étant un facteur de correction variable selon l'antibiotique utilisé. Selon la classe des antibiotiques, le choix du poids à utiliser est différent. On choisira par exemple le poids ajusté pour les ß lactamines et le poids idéal pour les macrolides.

Références

1. http://bit.ly/1rbNKM2
2. http://bit.ly/1rbOAID

Visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition chez les sujets âgés de 12 à 35 ans : rien de nouveau depuis septembre 2012...

En mars 2014, le collège national des généralistes enseignants (CNGE) donne son avis concernant cette visite prépondérante de la rentrée concernant les jeunes sportifs. En effet, contrairement aux recommandations des sociétés savantes française et européenne de cardiologie, le CNGE ne recommande pas la réalisation d'un électrocardiogramme systématique tous les 2 ans. Il juge que les recommandations européennes de 2005 reposent principalement sur les résultats d'une seule étude italienne de faible niveau de preuve. Ces résultats n'ont pas été confirmés par d'autres études. Le CNGE conclut donc qu'en l'absence de preuve, la balance coût/efficacité est en défaveur de l'ECG systématique dans l'attente d'études de plus grande ampleur.

En France, l'Académie de Médecine recommande de mettre en place des études cliniques expérimentales, afin d'évaluer l'intérêt du certificat de non contre-indication.

Le Ministère de la Santé réfléchit à une évolution de ce certificat médical. La rédaction d'un certificat médical sera conservée à des moments que la précédente Ministre des Sports, **Valérie Fourneyron**, avait qualifiés de « *clés* » : première licence sportive ou reprise d'activité après 35 ans par exemple. Le rythme des consultations pour les licenciés sportifs pourrait être calqué sur celui qui est préconisé en Grande-Bretagne ou au Canada : tous les deux ans pour les enfants et tous les 5 ans pour les adultes. L'examen serait alors plus approfondi avec la réalisation d'un ECG dans le cadre d'un rendez-vous d'une trentaine de minutes.

Références

1. http://bit.ly/1rbQ9pR
2. http://bit.ly/1jFVD4H

Addiction chez les adolescents :

Le 6 février 2014, l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM) remet, à la demande de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, un rapport sur « *les conduites addictives chez les adolescents* ».

Les auteurs notent que l'adolescence est souvent la période d'initiation aux substances psychoactives. Le cerveau poursuit d'importantes étapes de maturation entre 15 et 25 ans rendant les adolescents particulièrement vulnérables aux conséquences à long terme de consommation de ces substances (dépendance, dommages subséquents, …).

Les substances étudiées sont l'alcool, le tabac, le cannabis, les boissons énergisantes, les médicaments psychotropes, mais également les jeux d'argent et les jeux vidéo.

Ainsi, pour l'alcool, l'usage régulier commence dès le collège. À 17 ans, 59 % des garçons et des filles rapportent avoir déjà été ivres au cours de leur vie et 53 % déclarent avoir vécu au cours du mois précédant l'enquête, une alcoolisation ponctuelle importante. Les filles sont plus sensibles au "Binge drinking".

5 % des adolescents de 17 ans présenteraient en 2011 un risque d'usage problématique voire de dépendance au cannabis : 7 % des garçons et 3 % des filles. La France se situe parmi les forts consommateurs.

Les recommandations ont 3 objectifs : prévenir l'initiation ou en retarder l'âge, éviter les usages réguliers et assurer une coordination nationale et régionale des acteurs territoriaux.

Références

1. http://bit.ly/1rbR75I

Douleur chez l'enfant

Après les recommandations concernant la non-utilisation de la codéine chez l'enfant de moins de 12 ans dont nous avions parlé dans le numéro d'E-RESPECT de septembre 2013, le paysage des antalgiques en pédiatrie a du se réorganiser. Ainsi, dans une récente interview accordée à Egora, le Docteur Élisabeth Fournier-Charrière (centre de la douleur à Bicêtre et membre de Pediadol) revient sur ce thème. Elle insiste sur le fait que la douleur chez l'enfant ne doit pas être banalisée ni sous-estimée et que si besoin (notamment dans le cadre de certaines pathologies ORL, par exemple la stomatite herpétique), un palier 3, type Oramorph ou Actiskenan, doit être utilisé en association avec le Paracétamol, palier 1 de référence.

Elle rappelle également la possible utilisation du Tramadol en gouttes à partir de 3 ans, qui a l'intérêt d'avoir une action directe et de ne pas être transformé en morphine, mais qui entraîne des vomissements dans 30 % des cas. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, type ibuprofène, sont sous-utilisés à tort en France par crainte du risque de surinfection. Ce risque est d'après elle non avéré, en dehors de la varicelle et des infections sévères.

Elle insiste également sur l'apport de la sucette, du sucre ou du lait sur la tétine chez le nourrisson avant 6 mois et sur les techniques de distraction (type smartphone) pour les plus grands.

Références

1. http://bit.ly/1rbRSvA
2. http://bit.ly/1jFWnH1
3. http://bit.ly/1rbS9P3

Inhibiteur de la neuraminidase et grippe : nouvelle synthèse ...

Les représentants de la classe des inhibiteurs de la neuraminidase du virus de la grippe sont l'oseltamivir (TAMIFLU°) et le zanamivir (RELENZA°). Concernant le plus connu d'entre eux, l'oseltamivir, nous rappelons que celui-ci a l'AMM en prophylaxie post-exposition et en traitement curatif de la grippe, s'il est administré dans les premières 48 heures après le début des symptômes. Chez l'enfant de moins de 1 an, il est indiqué uniquement en période de pandémie. Selon l'avis de l'HAS (Haute Autorité de Santé) en 2011, en traitement curatif, son intérêt clinique est faible dans les formes cliniques sévères ou compliquées d'emblée ou en cas de facteur de risque de gravité.

En avril 2014, une méta-analyse publiée dans le British Medical Journal et la Cochrane Library vient à nouveau insister sur la faible efficacité de ces deux traitements et sur leur balance bénéfice/risque défavorable chez l'adulte et l'enfant de plus de 1 an. Les essais portant sur la prophylaxie ont montré que l'oseltamivir et le zanamivir réduisaient le risque de développer une grippe symptomatique. Au contraire, les essais portant sur le traitement par l'oseltamivir ou le zanamivir ne montrent pas de réduction du nombre de complications graves de la grippe. Ces anti-grippaux ne diminuent pas les incidences de pneumonies, de sinusites ou d'otites chez l'adulte et l'enfant.

Références

1. http://bit.ly/1rbYXMy
2. http://bit.ly/1jFZVJu

Le nouveau calendrier vaccinal 2014 et la vaccination Rotavirus

ITEM 76 ITEM 194

Le nouveau calendrier vaccinal a été présenté fin avril par Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé. La principale mesure concernait le vaccin anti HPV (Papillomavirus Humain) et recommandait l'injection de deux doses espacées de 6 mois entre 11 et 13 ans pour le vaccin quadrivalent (Gardasil°), et entre 11 et 14 ans pour le vaccin bivalent (Cervarix°). Au-delà de ces âges, le

schéma antérieur à 3 doses s'applique, avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.

Le vaccin contre le méningocoque B ne reste conseillé que chez des patients immunodéprimés et en cas d'épidémie.

Les stratégies de rattrapage pour le tétanos, la rougeole, les oreillons sont détaillées et la vaccination anti-pneumocoque chez les patients avec facteurs de risques est actualisée.

La vaccination anti-hépatite B concernant les professionnels de santé est également remise à jour, ils doivent faire preuve de leur protection par un dosage des Ac anti-HBS.

Concernant la vaccination contre le rotavirus, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié un avis recommandant la vaccination des nourrissons de moins de 6 mois. En effet, basé sur des études épidémiologiques, le rapport relève une baisse des hospitalisations de plus de 80 % grâce à cette vaccination. Le schéma vaccinal par voie orale proposé est : soit un vaccin monovalent à deux doses (inoculées au 2ème et au 3ème mois de la vie), soit un vaccin pentavalent à trois doses (à 2, 3 et 4 mois). Ils peuvent être co-administrés avec le calendrier vaccinal déjà prêt établi. Cependant le risque d'invagination intestinale aiguë secondaire qui doit être communiqué aux parents et le prix encore élevé des vaccins, non pris en charge par la sécurité sociale, restent des freins à la mise en place de cette stratégie.

Références

1. http://bit.ly/1jG0suT
2. http://bit.ly/1rc00fw

Plan Personnalisé de Santé et Éducation Thérapeutique du Patient pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA)

Neuf départements, dont les Hautes Pyrénées, participent actuellement à l'expérimentation de parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Après le mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé (PPS), l'HAS vient de publier un cahier de charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.

À qui s'adressent ces outils ?

Le PPS s'adresse aux patients vivant à domicile, de plus de 75 ans, dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons socioéconomiques ou médicales (polypathologie, ou pathologie lourde, ou patient polymédiqué, ou récemment hospitalisé, ou ayant des difficultés de déplacement). Avec son accord, une évaluation du patient et une élaboration du PPS par une coordination clinique de proximité (CCP) seront réalisées. La CCP est une équipe pluriprofessionnelle composée d'au moins 3 personnes, dont un médecin généraliste, intervenant au domicile du patient.

L'éducation thérapeutique, par le biais de réunions de concertations pluriprofessionnelles, permet au même type d'équipe de formaliser le projet, d'en évaluer l'impact, et d'en assurer la traçabilité dans le PPS. Cela ne concerne que trois thèmes (le haut risque de chutes, la polymédication et la dépression).

Ces documents seront actualisés par la HAS dans les 6 à 12 mois à venir à la suite des retours d'expériences des 9 régions impliquées dans les expérimentations.

Références

1. http://bit.ly/1rc0FxB
2. http://bit.ly/1jG0Uta
3. http://bit.ly/1rc0Rww

L'attitude du médecin affecte la santé du malade

Une étude canadienne publiée dans l'International Journal of Medical Informatics a montré qu'un médecin passe un tiers du temps de la consultation les yeux rivés à son écran. « *De nombreux signes non verbaux leur échappent donc et leurs capacités d'attention et de communication avec le patient s'en trouvent affectées* », écrivent les auteurs de l'étude.

Or selon une étude publiée dans la revue de la Public Library of Science, PLOS ONE, la qualité de la relation entre le médecin et ses malades influe directement sur le résultat de la consultation. L'impact est faible, mais significatif.

Pour arriver à ce résultat, le Dr John Kelley, chercheur à l'université de Harvard dans le Massachusetts, et son équipe ont passé en revue treize études scientifiques mesurant de manière concrète le bénéfice thérapeutique d'une meilleure relation médecin-patient. Ils ont mis en évidence que couper la parole à un malade qui relate ses symptômes ou garder les yeux sur son ordinateur, réduit l'efficacité de sa consultation d'un praticien.

Un enseignement aux techniques relationnelles est obligatoire au sein des facultés de médecine du Canada. Les étudiants apprennent à laisser parler leur patient, à se positionner physiquement face à lui, à interpréter les signes non verbaux d'anxiété ou encore faire face à leurs émotions.

Informations à méditer pour nous, au quotidien.

Références

1. http://bit.ly/1rc20o3
2. http://bit.ly/1jG1Cqe

Synthèse sur la fièvre chez l'enfant

Pas de réelle nouveauté sur ce sujet, mais il semblait intéressant de faire un rappel sur ce symptôme si fréquent en consultation de médecine générale. Il possède un potentiel très anxiogène chez les parents, mais aussi parfois chez les médecins, du fait de la crainte de convulsions fébriles. Les convulsions fébriles simples (dont nous parlerons ici), les plus fréquentes, concernent électivement 3 à 5 % des enfants de 9 (voire 6) mois à 5 ans, génétiquement prédisposés (9 % au Japon). Ni le degré ni la rapidité de la fièvre n'influent sur cette manifestation. De plus, il n'y pas de retentissement sur le développement psychomoteur.

Les recommandations françaises (2005), anglaises (2007) et américaines (2011) insistent sur l'absence d'intérêt de faire baisser la température à tout prix. Il faut traiter l'enfant et non sa température ; en d'autres termes traiter l'inconfort et la cause éventuelle si elle est documentée.

Ainsi pour rappel : tout nourrisson de moins 3 mois et a fortiori de moins de 6 semaines présentant de la fièvre doit être hospitalisé à la recherche d'une infection materno-fœtale.

Toute fièvre après 3 mois, évoluant depuis moins de 72 h, bien tolérée (absence de frissons++, cyanose péri buccale, marbrure, convulsion), sans notion de contage ou voyage et sans point d'appel clinique franc n'a pas besoin de bénéficier d'un bilan complémentaire (biologie, radiologie). Après ces 72 h, en l'absence d'évolution clinique et en cas de persistance de la fièvre, il conviendra de réaliser une bandelette urinaire, un bilan sanguin et une radiographie du thorax afin de rechercher une cause infectieuse.

Enfin garder toujours à l'esprit que la fièvre n'est pas toujours synonyme d'infection.

Concernant le traitement de la fièvre, le paracétamol reste le "gold standard" et peut être associé à l'ibuprofène si nécessaire. Il conviendra d'éviter l'ibuprofène en cas de pathologie type gastro-entérite, ou toutes autres situations de déshydratation pouvant entraîner une néphrotoxicité, en cas de varicelle ou lorsqu'une cause bactérienne ou à risque de surinfection est documentée. Ces traitements médicamenteux s'ajoutent aux mesures physiques de lutte contre la fièvre (ne pas couvrir, ne pas surchauffer la chambre, bien faire boire, etc…).

Références

1. http://bit.ly/1rc2zy7

Actualités universitaires

Réforme du Deuxième Cycle des Etudes Médicales : commentaires de l'arrêté du 8 Avril 2013

Florent Chanau, externe — Emile Escourrou, interne

La réforme du Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM) est encadrée par le décret du 8 Avril 2013 définissant le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM).[1]

Généralités

Le DFASM est organisé en 6 semestres (Art.1). La validation de ces 6 semestres et du Certificat de Compétences Cliniques (Art. 20) apporte 120 crédits dans le « European Credits Transfert System ».[2] Cette validation correspond au grade master (Art.1).

Les objectifs de la formation sont l'acquisition de connaissances concernant la physiopathologie, les pathologies, les bases thérapeutiques et la prévention (Art. 5).

Les autres objectifs sont la formation à la démarche scientifique, l'apprentissage du raisonnement clinique, l'acquisition de compétences génériques (détaillées plus bas) (Art. 5).

Enseignement théorique

L'enseignement théorique est composé d'un tronc commun et d'un parcours personnalisé.[1] Le parcours personnalisé a des objectifs différents, et est composé d'Unités d'Enseignement (UE) librement choisies. Ces UE peuvent être en continuité avec le programme du premier cycle, du second cycle, ou plus distinctes des études médicales.

Le nombre d'items passe de 345 à 362.[1] En plus de ces items, l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) doit prévoir des enseignements complémentaires (langue étrangère, informatique et internet, recherche).

L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences de niveau 2 (AFGSU 2) est aussi prévue.

Des enseignements sur des sujets prioritaires, définis par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche sont à intégrer (Art. 6). Ces thèmes prioritaires sont redéfinis tous les 3 ans. On distingue : la pertinence des soins (abus thérapeutiques, arrêt de soins, etc.), l'organisation des soins primaires et le parcours de soins, les violences et maltraitances (femmes, enfants, patients au sein du système de soins, etc.), les inégalités sociales d'accès aux soins.[3]

L'apprentissage par simulation, ainsi que le développement des technologies de l'information et de la communication sont préconisés.

Enfin, la cohérence temporelle entre enseignement pratique et théorique est recommandée. Le stage permettant l'intégration, la consolidation et la construction des connaissances et compétences.[1]

Compétences Génériques (Art.5) [1]

Les sept compétences génériques se situent au carrefour de l'enseignement théorique et pratique.

La compétence de clinicien concerne l'utilisation par l'étudiant de son savoir médical et ses habiletés pour analyser une situation clinique et pour dispenser des soins dans une approche centrée sur le patient.

La compétence de communicateur porte sur la conscience des enjeux de la relation, et de la communication verbale et non verbale par l'étudiant. Ce dernier doit échanger de façon dynamique avec le patient et son entourage et collaborer avec les différents professionnels du système de santé.

La compétence de coopérateur de l'étudiant qui, en tant que membre d'une équipe soignante pluri-professionnelle, travaille en partenariat avec d'autres intervenants auprès du patient.

La compétence d'acteur de santé publique comprend la promotion de la santé, la prévention et l'élaboration d'un parcours de soins adapté à chaque situation. Cette compétence implique une compréhension du système de santé et de ces différents échelons, une intégration des besoins individuels et collectifs, une prise en compte des différents déterminants de santé. En tant qu'acteur de santé publique, il a pour objectif d'améliorer l'état de santé global des patients et de la population par sa contribution à l'efficacité et à l'efficience du système de soins.

La compétence de scientifique est possible par la remise en question, l'actualisation de ses connaissances, la compréhension de la démarche scientifique et l'acquisition de ces réflexes utiles tout au long de sa vie professionnelle.

La compétence éthique et déontologique qui permet à l'étudiant d'accéder à un comportement responsable, approprié, intègre et altruiste visant au bien-être personnel et à la promotion du bien public, se préparant ainsi au professionnalisme.

Une compétence réflexive qui passe par l'apprentissage de l'auto évaluation, la capacité à se poser des questions pertinentes (en situation réelle de soins et de prévention, en tenant compte du contexte clinique, institutionnel, légal et sociétal), celle de se remettre en question, et celle d'argumenter ses décisions.

Enseignement pratique

L'enseignement pratique est le second volet de la formation (Art. 6).

Il a pour objectif l'obtention des compétences génériques et spécifiques par l'étudiant. L'étudiant doit, au long de son parcours, rencontrer un panel de situations concrètes liées à ses compétences afin de les maîtriser.

Il comprend 36 mois de stages et 25 gardes qui font partie intégrante de la formation (Art. 8).

Une convention rappelant le projet pédagogique est signée entre le Centre Hospitalier Universitaire, l'Université, et les structures de stage (Centre Hospitalier Régionaux, praticiens libéraux, etc.) pour construire un enseignement pratique de qualité (Art 13).

Les stages sont organisés par un coordinateur général (désigné par l'UFR) et par un responsable pédagogique pour chaque entité de stage.

Le responsable pédagogique désigne des médecins référents chargés de l'accueil et de l'encadrement des étudiants. Ils doivent aussi organiser les activités pédagogiques adaptées qui permettront l'apprentissage par l'étudiant des compétences génériques mais aussi spécifiques.

L'étudiant dispose d'un carnet de stage où sont répertoriés les situations à expérimenter en lien avec les connaissances et compétences à acquérir, les objectifs pédagogiques et le suivi de la progression (Art. 9).

La connaissance de ces savoirs et objectifs permet à l'étudiant de s'auto-évaluer et de développer sa réflexion éthique (Art. 9).

Désormais, les terrains de stage où doivent passer obligatoirement les étudiants sont réduits à 3. Les étudiants doivent donc, au cours de leur DFASM, effectuer un stage dans un service de chirurgie, un Service d'Aide d'Urgences ou de réanimation et chez le Médecin Généraliste (Art. 14). Les autres terrains de stage sont laissés à la discrétion des UFR. Les services de gynécologie, pédiatrie, médecine interne/gériatrie ne sont plus des lieux de stage obligatoires.

Le stage chez le médecin généraliste peut se réaliser jusque chez 3 praticiens différents, et selon différents modes d'exercices : cabinet, groupes médicaux, maison de santé pluridisciplinaire.

Pour le reste, les stages se déroulent dans des Unités de Soins où l'étudiant pourra participer à l'activité hospitalière (Art. 14).

Au terme de son stage, le référent évalue la progression de l'étudiant dans ses acquisitions, et évalue l'étudiant dans sa globalité grâce à des activités adaptées, aux connaissances et compétences fixées dans les objectifs du stage (Art. 9). Cette évaluation est réalisée au cours d'un entretien final.

De cette évaluation dépend la validation du stage. Cette dernière est prononcée par le doyen, mais sur avis du responsable pédagogique et du référent de stage. La validation de tous les stages est nécessaire pour le passage dans l'année supérieure (Art. 15).

L'étudiant évalue lui aussi son lieu de stage (Art. 9).

Commission des Stages et Gardes (Art. 11)

La commission des stages et gardes est constituée de représentants et d'acteurs de l'ensemble de la formation pratique des étudiants (UFR, CHU, Centre Hospitalier accueillant des étudiants, Département de Médecine Générale). Deux étudiants doivent y prendre part. Les avis et l'évaluation des terrains de stage pourront être pris en compte dans la réflexion sur l'agrément de ces terrains.

La commission se prononce sur les terrains de stage et gardes, en vue de l'obtention d'un agrément. L'agrément est décidé en fonction de l'adéquation entre les activités de soins et de recherche du lieu de stage et les objectifs de formation.

Elle se prononce aussi sur l'organisation des stages et gardes, le carnet de stage (contenu), la formation pédagogique des référents de stage.

Certificat de compétences cliniques (Art. 17) [3]

Le certificat des compétences cliniques doit être organisé au cours de la sixième année.

Il est destiné à vérifier les compétences acquises au cours du premier et du deuxième cycle, et la capacité à les synthétiser. L'accent est mis sur les compétences génériques.

Il est organisé sous la forme d'une épreuve de mise en situation clinique auprès d'un patient ou d'une épreuve de simulation.

Evaluation de la formation (Art. 21)

L'évaluation de la formation pratique et théorique par les étudiants doit être permise par la faculté via des dispositifs organisés par celle-ci.

Cette évaluation doit faire évoluer le contenu de la formation, ainsi que les méthodes d'enseignement. Elle permettra de favoriser l'appropriation des savoirs, des connaissances, des compétences et d'améliorer la qualité de la formation par la création d'un échange entre étudiants et équipe pédagogique.

Références

1. Jolion J-M, Debeaupuis J, Godart P. Etudes médicales - Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle. Arrêté du 8 Avril 2013. Bulletin Officiel N°20 du 16 mai 2013 [09/06/2014].
http://bit.ly/1jG5xmV

2. L'Agence Education Europe Formation. Le système de crédits ECTS [09/06/2014].
http://bit.ly/1rc9FCL

3. Debeaupuis J, Bonnafous S. Etudes médicales - Thèmes d'enseignement jugés prioritaires dans le cadre de la formation conduisant au diplôme de formation approfondie en sciences médicales. Bulletin Officiel N° 7 du 13 Février 2014 [09/06/2014].
http://bit.ly/1jG5DuY

Actualités professionnelles

Généralisation du tiers payant en médecine générale

Bastien Jeudy-Brosset, interne

Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a annoncé en septembre 2013 la mise en place d'un système de tiers payant généralisé pour la médecine ambulatoire d'ici à 2017.[1]

Actuellement, lorsqu'un patient consulte un médecin libéral – généraliste ou autre – il le paye puis est remboursé par ses assurances maladies obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC). Il existe plusieurs aménagements pour les soins les plus coûteux et les revenus les plus modestes, mais ce fonctionnement reste la règle pour la grande majorité des actes (65%).[2]

À l'inverse, le système de tiers payant prévoit une dispense d'avance de frais pour le patient, le professionnel étant alors directement payé par les organismes d'assurance maladie.

La généralisation du tiers payant à la médecine ambulatoire est réclamée depuis longtemps par les associations de patients et correspond à une réelle attente de la population française.[3]

Au sein de la profession médicale, cette annonce a par contre provoqué de nombreuses réactions car il s'agit d'une mesure controversée et la pratique du tiers payant, même non généralisée, fait débat depuis de nombreuses années.[4]

Les syndicats de médecins généralistes ont tous exprimé leur opinion sur le sujet. Les différences idéologiques vis-à-vis du tiers payant (généralisé ou non) sont nombreuses mais des traits communs se dégagent. Pour la plupart des syndicats, le tiers payant doit rester optionnel et réservé à certaines situations particulières, comme c'est déjà le cas. De plus, une partie des médecins rencontrent actuellement de nombreuses difficultés pour pratiquer le tiers payant et craignent que la généralisation du tiers payant ne fasse qu'aggraver la situation.

Quels sont alors les éléments objectifs de réflexion dont nous disposons ?

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) avait été mandatée par le ministère en amont pour étudier la faisabilité d'une telle mesure et les modalités de sa mise en place. Son rapport, publié en février 2014, permet ainsi de répondre en partie aux commentaires de la profession.[2]

La généralisation du tiers payant est une réforme justifiée sur le fond. Elle est conforme aux principes d'une assurance maladie universelle et correspond à la pratique en vigueur dans la grande majorité des pays à assurance maladie (Allemagne, Autriche, Pays-Bas…), l'avance de frais restant une spécificité française. Elle simplifierait les formalités des patients mais également la pratique des médecins qui n'auraient plus à apprécier la solvabilité de leurs patients. Elle permet enfin un meilleur accès aux soins lorsque l'avance de frais pose problème.

Cependant, des aménagements apparaissent nécessaires et l'IGAS relève plusieurs conditions à cette réforme. Le patient devra avoir connaissance des frais de soins qu'il suscite, sans que la forme que revêtira cette information ne soit définie pour l'instant. Le recouvrement de la participation de 1 euro par acte (ou franchise) serait aussi revu, le prélèvement bancaire par les organismes d'assurances maladies semblant le plus simple pour l'IGAS.

La généralisation du tiers payant est ensuite possible techniquement, là aussi sous conditions. Trois grands principes doivent guider sa réalisation : absence de risque de trésorerie donc de délais de paiement excessifs, absence de risque de perte financière en cas d'absence de droits du patient (l'acte ayant été dispensé), enfin absence de risque de charge administrative supplémentaire lié au recoupement entre les factures émises et les paiements reçus. L'IGAS recommande ainsi d'éclater les flux d'information entre AMO et AMC, d'uniformiser la garantie de paiement sur la base des droits en carte et d'étendre aux AMC une garantie de délai. Les services en ligne seraient renforcés : contrôle des droits et facturation.

Ce rapport reste cependant un outil théorique d'anticipation, sans appréciation des conséquences pratiques de la réforme une fois mise en place.

Concernant les conséquences du tiers payant sur les dépenses de santé, le Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie

de la Santé (CREDES) avait mené deux études sur ce sujet à la fin des années 1990.

Tout d'abord, le système de tiers payant s'était fortement développé pour les pharmacies en quelques années. Une première étude appréciait les répercussions sur les dépenses de santé. Elle avait permis de mettre en évidence que le tiers payant n'a pas de réel effet inflationniste et constitue un mode de paiement socialement plus équitable. En effet, s'il est vrai que le tiers payant augmente la dépense de santé, cette progression ne s'observe que parmi les personnes à bas revenus, leur permettant de rattraper le niveau de dépense des plus aisés. Il apparaît ainsi comme un facteur de diminution des inégalités de consommation dues aux écarts de revenus et limite le renoncement aux soins pour raisons financières.[5]

Ensuite, la disposition de "*médecin référent*" permettait aux patients ayant signé ce contrat de bénéficier du tiers payant lors de la consultation chez leur médecin généraliste. Les patients ayant souscrit à cette mesure montraient une volonté de payer moins cher mais aussi de diminuer leur dépense de santé globale. L'intérêt pour le tiers payant était plus prononcé chez les personnes à bas revenu. La comparaison entre les adhérents au dispositif médecin référent et d'autres assurés sociaux n'a pas montré d'augmentation de la consommation médicale, après prise en compte des facteurs confondants, notamment l'état de santé de chaque population.[6]

Ainsi ces deux études, bien que limitées en temps et en population, ne montraient pas d'effet néfaste du tiers payant sur les dépenses de santé.

Certains syndicats ont pointé du doigt l'incompatibilité du système tiers payant avec un fonctionnement libéral, le qualifiant même de mesure « anti-libérale ». Le syndicat MG France a réalisé une synthèse entre revenu des médecins et usage du tiers payant pour les différentes spécialités : plus le tiers-payant est utilisé, plus les honoraires et les revenus sont élevés.[7]

Restent les inquiétudes sur les modalités pratiques de la réforme et leurs conséquences sur l'activité quotidienne de chaque médecin. Même si l'IGAS propose des principes de garantie qui vont dans le sens des syndicats, l'expérience du tiers payant par les médecins généralistes met en évidence des problèmes toujours non résolus.

La complexité des AMC n'a pas été prise en compte. Il existe actuellement plus de 400 régimes complémentaires dont le fonctionnement ne peut rester aussi disparate sans rendre insolubles les échanges avec les médecins généralistes.

La généralisation du tiers payant entraînera surtout une gestion supplémentaire pour les cabinets de médecine générale, en temps comme en moyens humains et financiers. Ce surcoût a bien été évalué par les centres de santé (qui pratiquent le tiers payant de manière systématique) : il représente 3,50€ par acte et doit donc être financé par les payeurs et non par les médecins généralistes.[8]

Plusieurs syndicats proposent alors des solutions différentes de celles de l'IGAS pour éviter ces problèmes : flux unique pour AMO et AMC et garantie de paiement sans vérification des droits en ligne pour MG France, guichet payeur unique pour la Fédération des médecins de France (FMF).

Le ministère a annoncé le 18 février la création d'un comité d'orientation réunissant l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé), les caisses d'AMO, les organismes d'AMC, l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS) et les syndicats de médecins.[9] Il s'agit d'une instance de concertation qui devra permettre de définir le calendrier et les modalités de mise en place du tiers payant généralisé. Celui-ci sera effectif pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) dès cette année 2014, constituant un « test » avant d'étendre la mesure à tous. L'organisation pratique de cette réforme ambitieuse est attendue cet été.

Références

1. Libération. Marisol Touraine : «Le tiers payant va être généralisé d'ici à 2017» 22/09/2013 http://bit.ly/1jG8vrx

2. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Juillet 2013 http://bit.ly/1rcfxMg

3. Collectif Interassociatif Sur la Santé. Le tiers payant. 2010 http://bit.ly/1jG8IuZ

4. Le quotidien du médecin. La généralisation du tiers payant programmée en 2017 inquiète la profession. 23/09/2013 http://bit.ly/1jG8NyT

5. Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé. Bulletin d'information en économie de la santé n°27. Mars 2000 http://bit.ly/1rcfVKG

6. Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé. Bulletin d'information en économie de la santé n°23. Novembre 1999 http://bit.ly/1jG8Vy7

7. MG France "Tiers payant : Les conditions de MG France". Site www.mgfrance.org consulté le 27 mars 2014 http://bit.ly/1jG9at6

8. Bouton R et Coulomb A. La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne. 11 février 2010 http://bit.ly/1rcgBjb

9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Généralisation du tiers payant : installation du comité d'orientation. Communiqué de presse 18/02/2014 http://bit.ly/1jG9iJf

Tranche de vie d'interne

Le remplacement, une étape importante après le parcours de formation

Mathieu Cardine, interne

Actuellement en dernier semestre de Médecine Générale, j'ai effectué mon premier remplacement en ambulatoire, il y a seulement quelques semaines. Enfin !

1- Franchir le premier pas

Au cours du semestre chez le praticien niveau 1, le futur exercice se profile à l'horizon. D'abord peu à mon aise, je me laisse guider dans cet environnement nouveau. Attentif et à l'écoute des commentaires de mon praticien, je suis à l'affût de chaque prise en charge. La globalité du patient prend toute sa dimension, je dois désormais intégrer le patient dans son environnement, son entourage et négocier avec lui. Les semaines passent, j'acquiers de l'autonomie et les consultations en supervision deviennent quotidiennes. Je suis heureux de pouvoir appliquer mes connaissances tout en s'adaptant au patient, chaque situation étant quasiment unique.

Tout frais de ce semestre et sûr de moi, je décide de faire la demande de licence de remplacement auprès du conseil de l'ordre. Le sésame obtenu, après quelques démarches, je me dis que j'ai le temps et que finalement les offres de remplacement sont nombreuses.

Cependant j'hésite, le remplacement c'est être seul, assumer les conséquences de tout ce que l'ont fait, en quelque sorte « venir jouer dans la cour des grands ». L'appréhension est bien présente.

On s'imagine dans toutes les situations, fréquemment on se rend compte qu'on est en situation d'incertitude, une réflexion s'engage sur la démarche à entreprendre pour ne pas faire d'erreur et être le plus efficient possible.

C'est par un concours de circonstances que j'accepte un remplacement, pour aider un ami qui me le propose sans connaître mon hésitation.

Je n'aurai donc pas franchi le premier pas, j'y ai été poussé !

2- L'heureux événement approche

La date initiale parait lointaine, l'insouciance regagne mon esprit. J'ai le temps de me préparer… mais les jours passent beaucoup plus vite que prévu.

En stage hospitalier, les diagnostics et les prises en charges sont différents, et je m'oblige donc à réviser certaines pathologies, réfléchir sur les prises en charges potentielles, ce qu'il ne faut pas oublier, le matériel et les "à côté" afin que tout se passe pour le mieux.

J'ai tout de même été en reconnaissance quelques jours auparavant, afin de me rassurer, et ne pas avoir de surprise au moment venu.

Localisation et découverte du cabinet et du logement, rencontre avec le médecin, habitudes, et aspects pratiques font partie de cette visite préliminaire. Ce sera donc une garde de week-end, dans un secteur avec nuit profonde, seul, au milieu de l'Ariège. Les heures précédentes furent presque éprouvantes, cela faisait des

années que je n'avais pas été aussi stressé et anxieux, malgré la réassurance amicale.

3- C'est parti

L'heure venue, c'est parti, les surrénales en fonctionnement maximal. Première soirée, seul. La tension redescend rapidement, la garde est calme et je ne suis pas dérangé, je mets ce temps à contribution pour poursuivre mes révisons et revoir les cotations.

Déjà 23h, j'ai vérifié 10 fois que mon téléphone était bien allumé, écouté ma messagerie plus que ces 6 derniers mois et imaginé toutes les situations possibles pour le week-end. Je suis partagé entre relâcher la pression et rester sur le qui-vive.

Le lendemain matin, les hostilités commencent dès 8h00, par un appel de la régulation médicale : un constat de décès, un hématome au point d'injection d'HBPM (héparine de bas poids moléculaire) puis une rétention aiguë d'urine.

Pas de grande difficulté en soi, ce sont des choses déjà vues mais comment être sûr de choisir la bonne prise en charge ? Vais-je devoir négocier avec le patient pour le diriger vers les urgences ou est-ce qu'il peut rester chez lui ?

Et comment coter le certificat de décès ? Autant de questions que je ne me suis jamais réellement posées.

Je suis de garde sur un vaste bassin mais les consultations s'enchaînent sans surbooking, et je peux prendre le temps nécessaire pour chaque patient, temporiser quelques instants afin de ne rien oublier et discuter voire expliquer ma démarche au patient. La première journée se passe bien, et j'en suis satisfait.

Jusque-là les motifs sont classiques, les situations déjà rencontrées, les patients gentils et réceptifs.

Puis la régulation appelle, un monsieur a de la fièvre mais le régulateur n'arrive pas à se faire une idée, et souhaite que je l'évalue.

Évaluer un patient, chez lui, sans connaître ses antécédents, l'examiner puis définir une prise en charge idéale et donner son avis au régulateur expérimenté, ce sera la première fois !

Après être arrivé chez le patient et avoir constaté l'insalubrité ambiante, je décide en priorité de le ramener au cabinet afin de réaliser un examen clinique de la tête aux pieds, 2 fois !

Le patient vit seul à domicile, a de multiples antécédents vasculaires (pontages fémoraux et aortiques, stents…) et en plus une infection à Pseudomonas aeruginosa sur son endoprothèse fémorale traitée récemment ! La situation est complexe et je l'explique au patient avant de prendre l'avis du régulateur.

Je suis étonné de l'interaction, ce n'est pas l'avis d'un chef ni d'un spécialiste que je prends, mais bel est bien celui d'un confrère qui m'écoute et comprend la situation.

Une collaboration s'installe afin d'obtenir la meilleure prise en charge pour le seul bénéfice du patient, même un dimanche au milieu de nulle part ! Est-ce urgent ? VSAB (Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés) ou ambulance ? Patient coopérant ou non ?

La décision est finalement prise à 3, le patient comprenant la nécessité d'être hospitalisé.

Durant les heures qui ont suivi, j'ai repensé à ce monsieur, aux arguments et à la discussion avec le régulateur et le patient, aux informations que j'avais données, et à celles que j'avais oubliées. Je me suis rassuré en prenant quelques heures plus tard des nouvelles du patient.

4- Conclusion

Franchir le pas n'est pas si simple, il est plus confortable de rester dans les traces de notre formation hospitalière.

J'ai eu l'impression de sauter dans le grand bain, sans gilet de secours et de devoir nager pour le récupérer au milieu du bassin, avant de reprendre mon calme et de me rappeler que je savais nager seul. Malgré mon stress, j'ai réussi à faire des consultations seul, sans supervision.

Je n'ai fait qu'un seul stage ambulatoire au cours de mon Internat, c'est un choix, mais je suis très content d'avoir fait ce remplacement, cela a stimulé mon exercice et mon esprit.

J'aurais cependant était plus serein et probablement plus compétent si j'avais effectué un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée)

Une grande expérience à vivre.

Tranche de vie d'interne

Premiers doutes et premiers remerciements : souvenir de mes débuts de remplaçante

Claudie TISSOT, interne

En finissant mon semestre chez le praticien, réalisé à moitié en Aveyron et à moitié en périphérie proche de Toulouse, je me sentais prête pour faire mes premiers remplacements !

J'avais acquis pendant ce semestre la certitude que je ne m'étais pas trompée de métier, plein de « petits trucs » de médecine générale et une bonne confiance en moi grâce à mes deux maîtres de stage qui m'avaient amenée en douceur vers l'autonomie complète.

Licence de remplacement en poche et malette de docteur toute neuve à la main, j'étais prête et décidée. Le timing était parfait puisque je pouvais remplacer pendant les vacances d'été, et comme j'ai enchainé avec un semestre de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire, je n'allais pas perdre le « rythme » des consultations ! Au contraire, j'allais pouvoir découvrir un nouveau mode de fonctionnement et une nouvelle patientèle.

J'ai regardé les annonces de remplacement sur internet à partir de juin et j'ai rapidement calculé comment poser mes congés pour réaliser une semaine entière fin juillet. Une annonce correspondait à la période et m'a plu : il y avait un site internet avec la photo des médecins, leur cabinet et la ville. C'était un cabinet de deux médecins en milieu rural, sans secrétariat, à cinquantes minutes de Toulouse, logée sur place, avec par chance le même logiciel que mon praticien de gynécologie-pédiatrie !

Après un premier contact téléphonique qui m'a plutôt fait bonne impression, nous nous sommes rencontrés 2-3 semaines avant. J'ai trouvé le cabinet médical du premier coup ! Le village était très mignon, le cabinet un peu vieillot avec cette odeur de médicaments si particulière, mais plutôt bien équipé.

Le médecin m'a montré les locaux, le studio, expliqué le fonctionnement du téléphone, de l'informatique, du scanner…

J'avais préparé une liste de questions à aborder : qui sont vos correspondants pour les urgences cardiologiques ? Où est le centre de radiologie le plus proche ? Le laboratoire ? Les correspondants de pédiatrie ? etc... Le médecin a pris le temps de me dire et surtout il avait « LE classeur du remplaçant » où il y avait tous les codes, tous les correspondants, la carte routière, les adresses de restaurants du village ainsi que son tour de visites prévu pour la semaine où je le remplacerai. Il avait l'habitude de fonctionner avec des remplaçants et était donc très organisé. J'étais rassurée : je savais où je mettais les pieds.

J'ai également rencontré son associé ce jour-là, qui serait présent pour mon premier jour. Nous avons signé le contrat et je suis rentrée chez moi… Il était convenu que je le remplacerai toute la semaine : lundi, mardi et vendredi son associé serait présent et mercredi, jeudi je serai seule au cabinet. Je commencerai le lundi matin par les visites à la maison de retraite d'à côté et les urgences s'il y en avait.

Le remplacement était pour dans quelques semaines, j'avais le temps de voir venir !

La veille du remplacement, un peu comme pour une rentrée scolaire, je vérifiais ma malette de docteur. Je réfléchissais à ce qui pourrait me manquer, à ce que je ne devais pas oublier de prendre. Les copains m'avaient demandé si je ne stressais pas ? parce que quand même me lancer toute seule, dans un cabinet que je ne connaissais pas… Je dois bien avouer que non, pour moi il fallait se lancer et ce n'était que le début de la vie d'après (l'internat)! J'ai tout de même très mal dormi, je me réveillais toutes les heures persuadée que je n'avais pas entendu mon réveil…

Sur le trajet une petite anxiété est apparue… et quand je suis arrivée au cabinet je me suis dit que ça y est cette fois j'y étais, c'était moi et moi seule ! J'ai eu une bonne bouffée de stress à ce moment. Heureusement LE classeur du remplaçant m'attendait, avec

un mot de bienvenue et quelques transmissions concernant un ou deux patients. Son collègue est également venu me saluer et me rassurer.

C'était une matinée tranquille pour les visites avec seulement quatre personnes à la maison de retraite d'à côté. J'ai donc pris le temps de préparer tous les papiers dont j'avais besoin (en me répétant ce que m'avaient appris mes maîtres de stage concernant les papiers utiles en visite…) et de faire un rapide tour du cabinet avant de partir en visite. Le collègue consultait et réceptionnait les appels téléphoniques si jamais il y avait besoin de faire une visite en plus, il m'appellerait et il restait joignable pour mes questions éventuelles.

L'après-midi c'était l'inverse, j'avais le téléphone et je consultais au cabinet pendant qu'il faisait ses visites. Le fonctionnement sans rendez-vous ne m'a pas stressée. Au contraire, ça évitait pas mal de coups de fil. J'ai donc enchaîné les renouvellements, les consultations de vacanciers et un peu de virus... Le soir, je faisais ma première comptabilité de façon très studieuse, découvrant ce que me rapportaient les vingt-cinq actes de la journée.

Le mardi se déroula de façon similaire : consultations le matin et visites l'après-midi, mais à domicile cette fois. Un couple a tenu à m'offrir un pot de confiture faite maison en me disant « on ne m'a pas menti, vous êtes vraiment gentille comme docteur ! » J'ai été très étonnée de découvrir qu'après seulement une journée de travail, les gens avaient déjà parlé de moi…

Chaque matin de cette semaine, j'ai savouré sur mes tartines la fierté que m'apportait ce pot de confiture !

Le mercredi j'étais seule au cabinet et en principe c'était uniquement des consultations, mais j'ai fait une entorse au règlement en allant voir pendant ma pause de midi une patiente âgée qui se plaignait de douleurs abdominales. Son état était suffisamment rassurant pour qu'elle reste à la maison mais j'avais quand même besoin d'une prise de sang dans la journée et d'une échographie le lendemain au plus tard pour être sure. On tenta de s'organiser avec son fils, mais à 14h30 quand je l'ai appelé pour savoir quand la patiente allait avoir les examens, il me répondit que l'échographie était le lendemain matin mais que la prise de sang ne pouvait pas être faite avant le lendemain !! Je découvrais alors ce que signifiait être au milieu de la campagne sans moyen !! Je n'avais pas été préparée à ça, car même en Aveyron, nous avions toujours eu les prises de sang dans la journée. La patiente était toujours stable, voire se sentait mieux avec mon traitement symptomatique, je décidais de la garder à la maison avec pour consigne de m'appeler dès qu'elle rentrerait de l'échographie… Le lendemain tous les résultats étaient bons et la patiente se sentait bien. Elle me remercia elle même au téléphone de ne pas l'avoir hospitalisée, en me disant que j'avais su la rassurer.

Je découvrais la reconnaissance des patients, et ce fut une autre joie de la semaine.

Moins drôle j'ai également eu un fil rouge : une dame de 90 ans autonome à domicile, qui avait fait une chute le vendredi avant mon remplacement. Elle avait été vue par le médecin remplacé : pas de fracture de hanche mais une impotence l'obligeant à rester au lit. Il l'avait mise sous morphine et m'avait dit que sa fille arrivait pour s'en occuper. Je ne fus donc pas surprise d'être appelée pour y passer et la réévaluer. J'ai dû joindre les infirmières pour me faire une idée de la situation, trouver un kinésithérapeute pour remettre la patiente à la marche, apprendre à la famille à faire les transferts lit-fauteuil et surtout gérer leur anxiété et leur appel à l'aide concernant leur temps de vacances qui diminuait dans cette grande maison avec cette grand-mère alitée. Ce ne fut pas évident de rester persuadée au fil de la semaine que le maintien à domicile était faisable et que c'était mieux pour la patiente. A la fin de la semaine, la famille voulait surtout partir en vacances et ça a été une déception pour moi d'avoir donné autant de temps pour obtenir cette conclusion de la famille. Également il faut bien l'avouer, un soulagement de ne pas avoir à assumer la semaine suivante.

La fin de la semaine a été plus calme et m'a permis de mettre tous les papiers à jour. Sur une semaine j'avais eu le temps d'évoquer des diagnostics, de faire des examens et de revoir les gens ! J'ai trouvé ça particulièrement gratifiant de pouvoir conclure sur certains patients en une semaine.

Depuis j'ai réalisé d'autres remplacements, dans des cabinets différents, et j'ai continué ma vie d'interne en choisissant un SASPAS puis un 2e, parce que je ne sais plus comment faire autrement de la médecine qu'en tête à tête avec le patient et l'histoire qu'il a à me raconter.

Motifs d'hospitalisation aux urgences des patients de plus de 75 ans en fonction de leur statut : fragiles, dépendants ou robustes

Mohamed Nekkaz interne — Neda Tavassoli, Yves Roland, Sophie Fernandez, Marie-Hélène Basso, Bruno Chicoulaa, Serge Bismuth, docteurs

Introduction

Le passage aux urgences des personnes âgées est un mode d'entrée privilégié dans la filière gériatrique hospitalière, particulièrement dans le secteur public [1]. Le passage aux urgences est associé, pour la personne âgée, à un risque majoré de confusion, d'escarre, de chute, de iatrogénie médicamenteuse, d'incontinence, de déclin fonctionnel et d'augmentation de l'état de dépendance voire de décès [2].

Le syndrome de fragilité est un marqueur connu de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'hospitalisation [3]. Son repérage dans la prévention de la dépendance représente un enjeu de santé majeur tant sociodémographique qu'économique [4]. La prévalence de la fragilité dans la population des personnes âgées varie de 7 % à 20 % chez les plus de 65 ans pour atteindre 32 % chez les plus de 90 ans [5].

Les personnes âgées fragiles ont des réserves physiologiques diminuées et connaissent parfois des premières difficultés fonctionnelles dans les activités quotidiennes. La personne dépendante présente des incapacités fonctionnelles et a besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière. Les sujets robustes sont en général en bonne santé ou souffrent parfois d'une maladie chronique isolée sans répercussion fonctionnelle [6].

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les différents motifs d'hospitalisation et le devenir à 48h des personnes de 75 ans ou plus venant du domicile et admises aux urgences selon qu'elles aient été repérées fragiles, dépendantes ou robustes.

Méthode

Une étude observationnelle prospective a été menée dans le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Purpan à Toulouse du 25 novembre au 1er décembre 2013, soit une semaine. L'étude a été menée en collaboration avec le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, le Gérontopôle de Toulouse, le Service des Urgences de Purpan.

Etaient inclus les patients âgés de 75 ans ou plus et adressés aux urgences depuis leur domicile, quel que soit le motif. Etaient exclus les patients vivant en institution, les patients admis directement en service de réanimation.

Les données ont été recueillies par trois questionnaires ('Données patient' - 'Personne adressant' - 'Médecin urgentiste') par des internes en médecine générale présents sur place pendant leur stage. Les données extraites pour tous les patients comprenaient : des données sociodémographiques, la Classification Clinique des Malades aux Urgences CCMU. Les données extraites auprès des personnes adressant le sujet étaient : le motif d'hospitalisation, les modalités de l'adressage aux urgences. Les données recueillies auprès du médecin urgentiste comprenaient le motif d'hospitalisation, les données médicales du passage aux urgences.

Pour repérer les personnes âgées « fragiles » aux urgences, la grille recommandée par la HAS « Comment repérer la fragilité en médecine ambulatoire ? » a été utilisée [3]. Le repérage de la dépendance était fait par l'échelle ADL (Activities of daily living) de Katz [7]. Un patient était défini dépendant pour un ADL inférieur à 5,5. Un patient robuste était un patient ni dépendant ni fragile.

Le logiciel informatique du CHU permettait une localisation des patients à 48 heures de leurs admissions. L'occupation des lits du Centre hospitalo-universitaire était interrogée pour savoir si le patient était toujours hospitalisé. Si ce n'était pas le cas, le patient ou sa famille étaient contactés et, en dernier lieu, le médecin traitant du patient.

Résultats

Durant la semaine d'étude, 92 patients ont été inclus. Soixante et un (66,3 %) ont été identifiés comme fragiles : 34 femmes (55,7 %) et 27 hommes (44,3%), âge moyen de 79,2 ans. Vingt-sept ont été considérés dépendants (29,3 %) : 18 femmes (66,7 %) et 9 hommes (33,3 %), âge moyen de 87,4 ans. Quatre ont été repérés robustes (4,4 %) : 3 femmes (75 %) et 1 homme (25 %) ; âge moyen 80,7 ans.

Parmi les patients fragiles, 53 (86,9 %) présentaient comme critère de fragilité principal un isolement social, 38 patients (62,3 %) des troubles locomoteurs, 37 patients (60,6 %) de la fatigue, 25 patients (41 %) des troubles cognitifs et 22 patients (36,1 %) une perte de poids récente.

Le score ADL moyen dans la cohorte des patients dépendants était de 3,6. Parmi ceux-ci, 6 (22,2 %) patients présentaient une altération sévère des activités de la vie quotidienne, 9 patients (33,3 %) une altération moyenne et 12 patients (44,4 %) une altération légère.

Les causes traumatiques (dont les chutes) étaient responsables de la majorité des hospitalisations aux urgences dans les trois différentes catégories de patients.

Le tableau 1 décrit les différents motifs d'hospitalisations des patients qu'ils aient été définis comme fragiles ou dépendants. Les motifs traumatologiques dont les chutes étaient les principaux motifs d'hospitalisation suivis des motifs neurologiques. Parmi les 4 patients robustes, 2 étaient hospitalisés pour un motif de traumatologie (dont une chute), un pour un motif cardio-vasculaire et un pour un motif d'hépato-gastro-entérologie.

Le tableau 2 décrit les devenirs à 48h des patients qu'ils aient été définis comme fragiles ou dépendants. Les patients fragiles étaient 39,3% à regagner leur domicile à 48h contre 33,3% des patients dépendants (différence non significative, p du test du Chi2 = 0,30). Un patient était décédé à 48h, ce patient avait été classé comme dépendant. Parmi les 4 patients robustes, 1 patient avait regagné son domicile à 48h, les trois autres avaient été hospitalisés.

Tableau 1 : motifs d'hospitalisation des patients selon leur repérage en tant que fragiles ou dépendants.

Motifs d'hospitalisations	Patients fragiles n = 61 n (%)	Patients dépendants n = 27 n (%)
Traumatologie	26 (42,6)	11 (40,7)
• Chute	20 (32,8)	7 (25,9)
Cardio-pulmonaire	8 (13,1)	3 (11,1)
Neurologie	15 (24,6)	8 (29,6)
Infectieux	4 (6,6)	1 (3,8)
ORL	3 (4,9)	0 (0,0)
Intox CO	2 (3,3)	0 (0,0)
Psychiatrie	2 (3,3)	0 (0,0)
Hépato-gastro-entérologie	1 (1,6)	0 (0,0)
Maintien à domicile impossible	0 (0,0)	4 (14,8)

Tableau 2 : devenir à 48 heures des patients selon leur repérage en tant que fragiles ou dépendants.

Devenir à 48 heures	Patients fragiles n = 61 n (%)	Patients dépendants n = 27 n (%)
Domicile	24 (39,3)	9 (33,3)
Hospitalisation*	27 (44,3)	17 (63,0)
• Service de post urgence gériatrique	14 (23,0)	12 (44,5)
• Service de post urgence médicale	6 (9,9)	1 (3,7)
• Service de neurologie	4 (6,6)	1 (3,7)
• Service de chirurgie orthopédique	5 (8,2)	3 (11,1)

* les services représentés sont ceux pour lesquels n > 4

Discussion

Les patients âgés étaient adressés aux urgences principalement pour des pathologies traumatologiques et près des deux tiers étaient considérés comme fragiles.

La chute était un motif fréquent d'admission aux urgences des personnes âgées (près d'un tiers) ce qui est supérieur aux résultats d'une étude française de 2002 dans laquelle les chutes représentaient environ 10% des motifs de recours des personnes âgées aux urgences [8]. Pour autant, la pathologie traumatique du sujet âgé de plus de 75 ans comme motif d'hospitalisation aux urgences est retrouvée comme dominante dans la littérature [9].

Les pathologies neurologiques étaient représentées essentiellement par des syndromes confusionnels révélant parfois des pathologies cérébrales vasculaires. La prévalence du syndrome confusionnel des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences retrouvée dans la littérature est d'environ 30 % [10], prévalence proche de celle retrouvée dans notre étude.

Les taux d'hospitalisations à 48 heures de leur passage aux urgences des personnes dépendantes et fragiles étaient à peu près similaires. A 48 heures les sujets fragiles et les dépendants étaient hospitalisés essentiellement et de manière équivalente au post urgence médical et gériatrique, qui sont des services adaptés à la prise en charge gériatrique. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les sujets fragiles et dépendants.

Références

1. Midi-Pyrénées ARS - Tableau de bord sur la santé: statistiques et indicateurs 2010 [en ligne]. Disponible sur : http://bit.ly/TCfquQ (page consultée le 15/06/2014)

2. Credoc – Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, Volume de personnes concernées [en ligne]. Disponible sur http://bit.ly/1pISR6U (page consultée le 15/06/2014)

3. HAS- Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [en ligne]. Disponible sur http://bit.ly/TCfAm3 (page consultée le 15/06/2014)

4. Corsinovi.L, Bo .M, Ricauda Aimonino.N, Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit, Arch Gerontol Geriatr. 2009 Jul-Aug;49(1):142

5. Insee – Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [en ligne]. Disponible sur : http://bit.ly/TCfDhw (page consultée le 15/06/2014)

6. RPC – Recommandations pour la pratique clinique [en ligne]. Disponible sur : http://bit.ly/TCfGtN (page consultée le 15/06/2014)

7. Masef – Dépendance : échelle ADL de Katz [en ligne]. Disponible sur : http://bit.ly/1pIT2iD (page consultée le 15/06/2014)

8. Dress – Les usagers des urgences [en ligne]. Disponible sur http://bit.ly/TCfLO2 (page consultée le 15/06/2014)

9. Dubois C. Recours aux services d'urgences des patients du centre hospitalier intercommunal de Wasquehal. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Lille II ; 2012

10. Greffard.S, Dieudonné.B, Boddaert.J. Confusion : Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. Paris, Arnette 2011 ; 247-253

Comment valoriser sa thèse en Médecine Générale ?

Inès Lobo de Sousa, interne

Introduction

La thèse en Médecine Générale est indispensable pour obtenir le Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale et s'inscrire à l'Ordre des Médecins. Elle peut être soutenue pendant l'internat de Médecine Générale et jusqu'à trois ans après. Il s'agit d'un travail de recherche original qui permet d'appliquer des méthodes de raisonnement clinique, scientifique et méthodologique. Les résultats de la thèse apportent une contribution à la communauté scientifique et à la formation continue des médecins généralistes. La thèse peut permettre également de se faire connaître dans un domaine particulier.

Les internes en Médecine Générale diffusent peu les conclusions de leur travail de thèse, peut-être par méconnaissance. Nous nous sommes intéressés à la question suivante : **Comment peut-on valoriser sa thèse en Médecine Générale?**

Pour y répondre, nous avons pris l'exemple des axes de valorisation envisagés à partir de la thèse « Prise en charge des vulvites et vulvovaginites chez la fille prépubère en Médecine Générale », menée en soins primaires auprès des médecins généralistes maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie en Midi-Pyrénées.

Méthode

L'objectif principal de la thèse était de connaître la prise en charge thérapeutique des vulvites et vulvovaginites de la fille pré pubère par les médecins généralistes maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées.

Une étude de pratiques a été réalisée. Entre mai et octobre 2012, les quarante-deux médecins généralistes, maîtres de stage de gynécologie-pédiatrie (GP) ambulatoire en Midi-Pyrénées, ainsi que leurs internes en stage pour la même période ont été sollicités. Un questionnaire en auto-évaluation a permis un recueil de données factuel, exhaustif et prospectif sur six mois, de mai à octobre 2012. Les cas inclus étaient les filles pré pubères consultant au cabinet de médecine générale et, pour lesquelles, le diagnostic de vulvite ou de vulvovaginite était posé par le médecin généraliste (MG). Les filles pubères, depuis moins de 2 ans et les cas de vulvovaginite dans un contexte de suspicion d'abus sexuel étaient exclus.

A l'issue de l'étude [1], les trois questions sur lesquelles une hétérogénéité de pratiques avait été relevée ont abouti à des propositions de diffusion des résultats.

Quelle est la prise en charge en première intention en soins primaires ?

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une vulvite simple dont le traitement repose sur des conseils d'hygiène intime et lors des mictions [2]. Le médecin généraliste a une place privilégiée pour adapter ses conseils à l'enfant qu'il connaît bien, rassurer les parents, souvent inquiets devant cette pathologie bruyante mais bénigne, et les informer des récidives fréquentes dans 32% des cas jusqu'à l'âge de la puberté [1].

La proposition était d'établir une fiche de conseils à l'attention des parents, que les médecins généralistes peuvent remettre lors de la consultation.

Quand demander un examen complémentaire?

Devant des symptômes périnéaux, le médecin généraliste redoute une cystite. La vulvite devient un diagnostic d'élimination. La bandelette urinaire est à privilégier en cas de doute diagnostique [3]. L'intérêt du prélèvement vulvaire ou vaginal est limité en soins primaires [4].

La proposition était de diffuser un arbre décisionnel simplifié de la prise en charge de la vulvite (figure 1) et de la vulvovaginite (figure 2) chez la fille pré pubère en soins primaires.

Quand prescrire un antifungique, un antibiotique local ou un antiparasitaire oral?

En soins primaires, il n'y a pas d'indication aux antifungiques locaux en première intention devant une vulvite chez la fille pré pubère

(5), en dehors d'un terrain particulier (immunodépression, diabète, antibiothérapie récente ou au long cours) [6]. Dans l'étude, un antifungique local avait été prescrit dans 31,9% des cas. La vulvite peut être liée à une oxyurose dans 34% des cas [1]. Un antiparasitaire oral peut être prescrit devant des signes évocateurs (prurit vulvaire et/ou anal vespéral, douleur abdominale associée, oxyures visibles) et sans avoir recours au scotch test [7].

La proposition était d'informer les médecins généralistes sur la physiopathologie vulvaire chez la petite fille afin d'éviter des prescriptions inutiles.

Résultats

1) Diffusion auprès des médecins généralistes investigateurs

Communication des résultats et formation médicale continue

Les principaux résultats de l'étude ont été adressés aux médecins investigateurs ainsi que la proposition de prise en charge devant une vulvite et une vulvovaginite chez la fille prépubère en soins primaires, à l'aide de deux arbres décisionnels. Cette démarche valorise leur participation à l'étude ainsi que la formation médicale continue des médecins en gynécologie de l'enfant.

Fiche de conseils à l'attention des parents

Nous avons établi une fiche de conseils simplifiée pour les parents, que le médecin peut donner en consultation. Celle-ci permet de compléter les conseils donnés oralement et d'appuyer l'absence de prescription dans les cas de vulvite simple.

2) Diffusion auprès des médecins généralistes

Modalités de publication

La publication suppose une anticipation. La préparation méthodologique rigoureuse est importante pour obtenir des résultats pertinents. Le choix de la revue se fera en fonction du thème de l'étude. Il peut d'agir d'une revue de Médecine Générale ou d'une revue généraliste d'une autre spécialité. Les recommandations aux auteurs sont disponibles sur leur page web ou sur demande. L'idéal est de rédiger sa thèse sous la forme IMRaD (Introduction Methods Results and Discussion) afin de simplifier la rédaction de l'article.

Publication d'un article original

La publication d'un article original sous la forme IMRaD permet de valoriser le travail de recherche et de diffuser les résultats et les conclusions de l'étude à l'ensemble de la communauté médicale.

Publication d'un article de mise au point

La publication d'un article de mise au point permet de faire une synthèse pédagogique sur un sujet donné. Il s'agit d'un article d'enseignement qui permet de valoriser la recherche bibliographique effectuée lors de la rédaction d'une thèse.

Congrès de Médecine Générale

La thèse de Médecine Générale peut faire l'objet d'une présentation orale, ou d'un poster, lors d'un congrès national, comme le Congrès de la Médecine Générale France. Le prochain aura lieu à Paris en mars 2015. Les internes peuvent soumettre leur travail de thèse à ce congrès et à bien d'autres (pré conférence FAYR-GP, congrès du Collège National des Généralistes Enseignants, …). Un financement peut généralement être obtenu auprès de divers organismes pour financer l'inscription et le déplacement.

3) Diffusion auprès internes en médecine générale

Congrès Interrégional Devenir Jeunes Chercheurs en Médecine Générale

Il s'agit d'un congrès organisé pour les internes en Médecine Générale, par le Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées. Il a lieu chaque année à Toulouse. Les communications orales et les posters portent majoritairement sur les travaux de thèse et font l'objet de remise de prix.

Conclusion

La diffusion des résultats permet de valoriser les conclusions de l'étude, la recherche bibliographique et l'investissement personnel. Différents axes de communication peuvent être choisis en fonction du public cible.

Mots clés
Thèse, Médecine Générale, publication, congrès, vulvite

Figure 1. Arbre décisionnel devant une vulvite chez la fille prépubère.

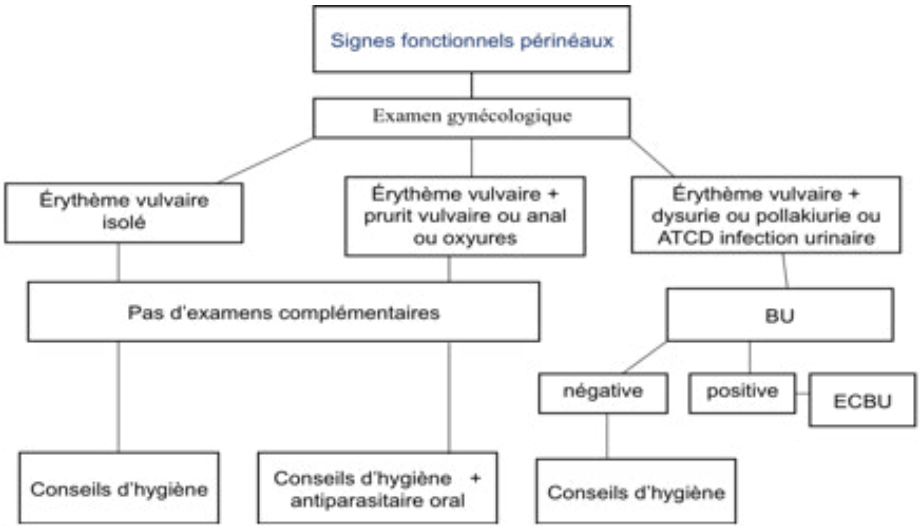
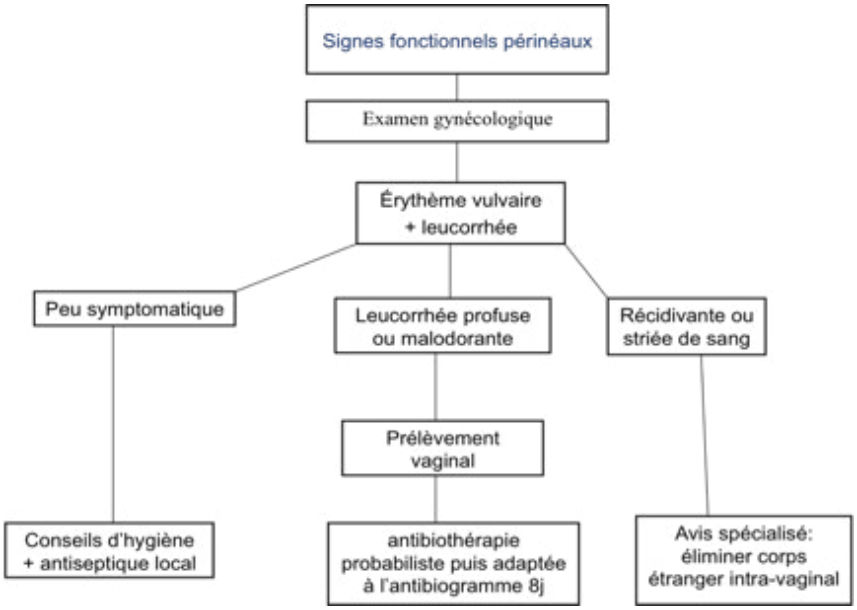


Figure 2. Arbre décisionnel devant une vulvovaginite chez la fille prépubère.



Références

1. Lobo I. Prise en charge des vulvites et vulvovaginites chez la fille prépubère en Médecine Générale. Thèse d'exercice. Université de Toulouse ; 2013.

2. Mesthe P, Hanrot G, Brillac T, Bismuth M, Pienkowski C, Oustric S. Vulvite de la petite fille prépubère. La Revue du praticien. Médecine générale. 2010, no838, pp. 234-235.

3. Afssaps. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires du nourrisson et de l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Février 2007.

4. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in practice. Family Practice 1996; 13: 369-372

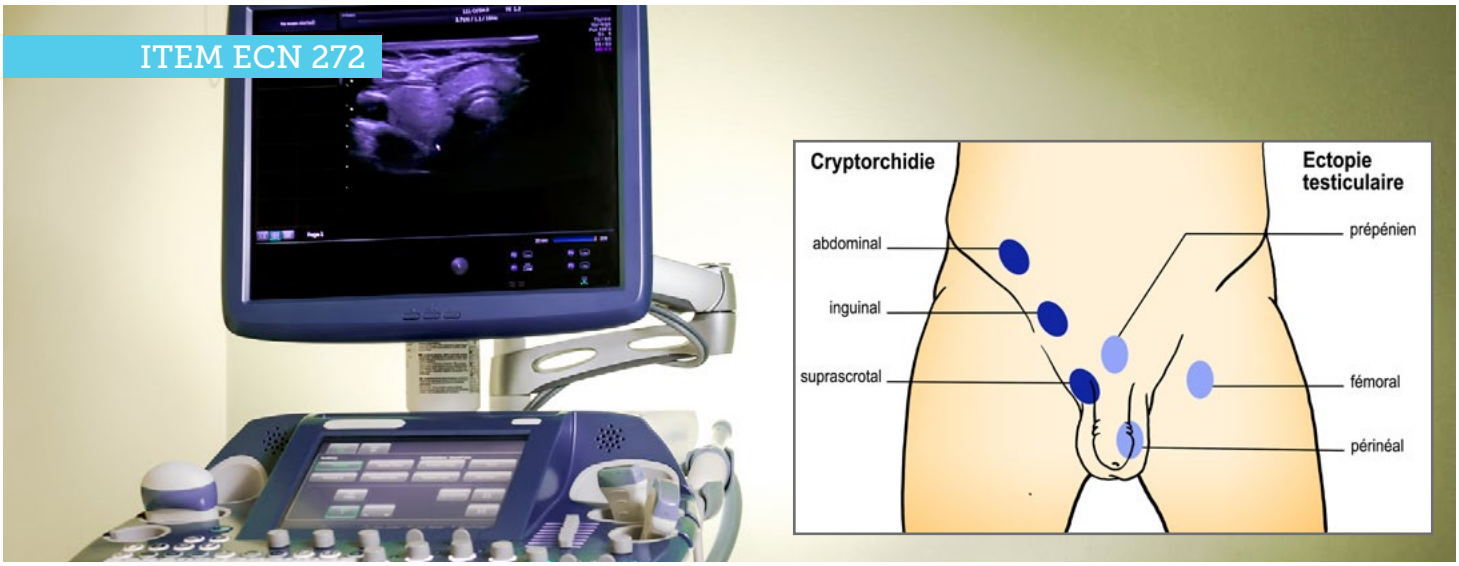
5. Pierce AM, Hart CA. Vulvovaginitis: causes and management. Arch Dis Child 1992;67:509-12.

6. Banerjee K, Curtis E, de San Lazaro C, Graham JC. Low prevalence of genital candidiasis in children. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2004 Sep ;23(9) :696-8.

7. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child. 2003 Apr ;88(4) :324-6.

Un testicule impalpable

Clément Brachat, interne



Vous recevez en consultation Mathieu âgé de 10 mois pour contrôle clinique de son testicule droit non palpé à l'examen des 9 mois. Ses parents sont inquiets et souhaitent savoir quels examens doivent être réalisés et quelle sera la prise en charge.

Questions

* Quel examen clinique réaliser devant une absence de testicule palpable dans le scrotum ?
* Qu'apporte l'imagerie pour la localisation testiculaire ?
* Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?
* Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?
* Quelles sont les informations à donner aux parents ?

1 Quel examen clinique réaliser devant une absence de testicule palpable dans le scrotum ?

L'interrogatoire des parents complété par la lecture du carnet de santé informe sur le déroulement de la grossesse, la notion de prématurité et les antécédents urologiques de l'enfant.

L'inspection permet d'identifier un hypospadias ou un micro pénis pouvant s'intégrer dans un syndrome poly-malformatif.
L'examen physique bilatéral et comparatif recherche les testicules par une palpation descendant de la région inguinale vers la région scrotale sur un enfant détendu, en position du tailleur.

2 Qu'apporte l'imagerie pour la localisation testiculaire ?

L'échographie est un examen rapide, non invasif, non irradiant et ne nécessitant pas de sédation. Les résultats des études comparatives (versus chirurgie par laparoscopie), bien qu'hétérogènes, sont décevants. L'échographie retrouverait un résultat erroné dans près de 50% des cas. La sensibilité et la spécificité de cet examen seraient respectivement de 45 et 78 %[1]. Elle n'est pas pertinente pour orienter un diagnostic dans le cas de testicule non palpé à l'examen clinique minutieux.

Le scanner possède des performances proches de l'échographie mais expose à la toxicité des rayons ionisants dont les études récentes démontrent un risque accru de tumeurs malignes secondaires [2]. L'IRM est non irradiante et plus performante avec une sensibilité et une spécificité évaluées respectivement à 89,5% et 87,5% [1]. Néanmoins, son coût très élevé, sa disponibilité limitée et la nécessité d'une sédation voire d'une anesthésie en limitent grandement la pertinence.

L'Association Française d'Urologie et le Collège de Chirurgie Pédiatrique préfèrent l'exploration chirurgicale tant par sa fiabilité diagnostique (sensibilité et spécificité proches de 100%) que par ses possibilités thérapeutiques.

3 Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

Le testicule « oscillant » (aussi appelé testicule « ascenseur », « rétractile » ou « yoyo »). Il s'agit d'un phénomène physiologique: le testicule remonte dans la région inguinale sous l'effet du réflexe crémastérien et redescend facilement dans la bourse. Ce phénomène n'existe pas à la naissance et apparaît après quelques mois de vie. Le reflexe crémastérien correspond à un arc réflexe L2 avec contraction réflexe du muscle crémaster suite à l'effleurement de la zone gâchette (face interne de la cuisse). Ce mécanisme réflexe est également mis en jeu face au stress ou au froid notamment.

La cryptorchidie dans laquelle le testicule est situé spontanément et en permanence en dehors du scrotum, en un point quelconque de son trajet normal de migration. Son abaissement par traction manuelle est impossible ou suivi d'une ré-ascension immédiate lorsqu'on le relâche.

Le testicule ectopique qui correspond à une migration du testicule en dehors de son trajet normal de descente. Le testicule peut être retrouvé dans le périnée, à la racine de la verge ou de la cuisse voire en intra-abdominal.

Plus rares sont les syndromes poly-malformatifs (Syndrome de Noonan, Prader-Willy, Prune-Belly) ou encore les testicules atrophiés avant la naissance.

4 Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?

Pour les testicules non palpés ou palpés en position ectopique, le traitement recommandé en première ligne est la chirurgie à visée diagnostique et thérapeutique. Elle sera réalisée au mieux entre 6 et 12 mois, ou le plus tôt possible si le diagnostic est fait après 1 an. Le taux de succès lors d'un abaissement chirurgical varie de 74% pour les testicules hauts situés à 92% pour les testicules bas situés.

Pour les testicules oscillants une surveillance annuelle et jusqu'à la fin de la puberté est préconisée. Une orchidopexie est indiquée en cas de ré-ascension ou de diminution du volume testiculaire.
Les hormonothérapies (LHRH, hCG ou thérapies combinées) ne sont pas recommandées en première ligne en raison de leur faible efficacité et de leurs nombreux effets indésirables.

5 Quelles sont les informations à donner aux parents ?

Il s'agit d'une pathologie fréquente puisque elle touche à la naissance 2,7% des garçons nés à terme et 21 % des garçons prématurés.
L'évolution est favorable avec une descente testiculaire spontanée dans les 9 premiers mois dans 75% des cas chez les garçons nés à terme et 92% chez les garçons prématurés.

Les risques majeurs sont :

- Une diminution de la fertilité : le taux d'infertilité chez les hommes varie de 10 à 25% en présence d'un trouble unilatéral de la migration testiculaire alors qu'il passe à 40—67% si le trouble de migration est bilatéral. Ce risque est d'autant plus élevé que le testicule est haut situé [6].

- Le cancer du testicule : le risque relatif varie entre 2 et 8 selon les études. Une descente chirurgicale de testicule avant l'âge de 13 ans permettrait de diminuer ce risque [7].

- Torsion testiculaire et hernie inguinale : 90 % des testicules non descendus sont associés à une hernie inguinale par persistance d'un processus péritonéo-vaginal perméable. En cas d'étranglement herniaire, en dehors du risque digestif, la vascularisation testiculaire peut être compromise. Les torsions testiculaires sont plus fréquentes en raison du défaut de développement des attaches testiculaires normales.

Références

1. Tasian GE, Copp HL, Baskin LS. Diagnostic imaging in cryptorchidism: utility, indications, and effectiveness. J Pediatr Surg. déc 2011;46(12):2406-2413.

2. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. Arch Intern Med. 14 déc 2009;169(22):2078-2086.

3. Martin Ritzén E, Bergh A, Bjerknes R, Christiansen P, Cortes D, Haugen S, et al. Nordic consensus on treatment of undescended testes. Acta Paediatr. mai 2007;96(5):638-643.

4. Bae JJ, Kim BS, Chung SK. Long-Term Outcomes of Retractile Testis. Korean J Urol. 2012;53(9):649.

5. Scorer CG. The Descent of the Testis. Arch Dis Child. déc 1964;39(208):605-609.

6. Merrot T. Prise en charge des testicules non descendus. Prog En Urol. avr 2009;19(4):265-268.

7. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjold A, et al. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. N Engl J Med. 2007;356(18):1835-41.

Item ECN

272. pathologies génito-scrotales de l'homme et de l'enfant.

Asthme de l'enfant de moins de 3 ans

« Docteur mon bébé siffle ! »

Christophe Costanzo, interne

ITEMS ECN 86, 226 & 336

Un enfant de 18 mois est amené en consultation par sa mère pour gêne respiratoire depuis deux jours associée à des « sifflements » et une toux. Les symptômes sont surtout présents la nuit. Il n'y a pas de fièvre. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles sibilants diffus, le reste de l'examen est sans particularité. La mère signale qu'il y a eu d'autres épisodes similaires depuis la naissance et demande si son enfant est asthmatique.

Questions

* Sur quels arguments repose le diagnostic d'asthme chez l'enfant de moins de 3 ans ?
* Comment évaluer la sévérité de l'asthme au long cours ?
* Quels examens complémentaires sont indiqués ?
* Dans quelles situations est-il recommandé de demander l'avis du spécialiste ?
* En quoi consiste la prise en charge thérapeutique ?

1 Sur quels arguments repose le diagnostic d'asthme chez l'enfant de moins de 3 ans ?

Définition :

Le diagnostic d'asthme de l'enfant de moins de 3 ans est clinique. Il est défini comme tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance et cela quels que soient l'âge de début, l'élément déclenchant, l'existence ou non d'une atopie.

Cette définition large est nécessaire pour éviter le sous-diagnostic et par conséquent le sous-traitement.

La répétition d'épisodes de toux et de sifflements favorisés par les viroses, le tabagisme passif, l'exercice…, la prédominance nocturne des symptômes, la normalité de l'examen entre les crises et l'absence de retentissement sur la courbe staturo-pondérale, la normalité de la radiographie thoracique, la présence de signes d'atopie personnels et/ou familiaux et enfin l'efficacité d'un traitement antiasthmatique d'épreuve sont des éléments en faveur du diagnostic.

2 Comment évaluer la sévérité de l'asthme au long cours ?

Les principaux critères pour évaluer la sévérité d'un asthme sont la fréquence des symptômes diurnes, celle des symptômes nocturnes, le retentissement sur la vie quotidienne, la fréquence d'utilisation des bêta-2 mimétiques et le nombre d'exacerbations annuelles.

3 Quels examens complémentaires sont indiqués ?

La radiographie de thorax :

Elle est indispensable dans la démarche diagnostique de l'asthme chez l'enfant de moins de 3 ans. Elle permet d'éliminer des diagnostics différentiels importants tels que les malformations et l'inhalation de corps étranger.

L'enquête allergologique :

Elle doit être réservée aux enfants de moins de 3 ans qui ont des symptômes respiratoires qui persistent malgré le traitement de fond, en cas de sévérité des symptômes, lorsqu'il existe des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique et enfin en cas d'antécédent allergique marqué chez les parents ou la fratrie.

La HAS définit ainsi 3 stades de sévérités selon ces critères :

Stades Paramètres	Asthme intermittent	Asthme persistant léger à modéré	Asthme persistant sévère
Symptômes diurnes	< 1 jour/semaine	1 à 2 jours/semaine	> 2 jours/semaine
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/mois	1 à 2 nuits/mois	> 2 nuits/mois
Retentissement sur les actes de la vie quotidienne	aucun	léger	important
Utilisation bêta-2 mimétique courte durée d'action	< 1jour/semaine	1 à 2 jours/semaine	>4jours/mois
Exacerbations	0 à 1/an	> 2 les 6	derniers mois

Le paramètre le plus sévère définit le niveau de sévérité.

4 Dans quelles situations est-il recommandé de demander l'avis du spécialiste ?

L'HAS recommande de demander l'avis d'un spécialiste dans certaines situations comme des antécédents de prématurité, de réanimation néonatale prolongée, de cardiopathie congénitale, de symptômes atypiques, inter-critiques et/ou extra-respiratoires, de cassure de la courbe staturo-pondérale, d'anomalies de la radio thoracique, ou d'échec d'un traitement antiasthmatique bien conduit.

5 En quoi consiste la prise en charge thérapeutique ?

L'objectif du traitement est d'obtenir l'absence de symptômes diurnes ou nocturnes, de prévenir les exacerbations, de maintenir une activité physique normale pour l'âge ainsi qu'une bonne qualité de sommeil.

L'ensemble de ces objectifs doit être atteint avec une prise minimale de corticoïdes oraux.

La stratégie non médicamenteuse associe l'éviction du tabac et des allergènes identifiés, la prévention des viroses, la vaccination anti-grippale à partir de 6 mois, de l'entourage avant 6 mois et un plan d'action personnalisé.

Les molécules disponibles :

Les traitements de la crise ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette tranche d'âge sont les bêta-2 mimétiques de courte durée d'action (B2CA) en nébulisation : le salbutamol et la terbutaline ainsi que les corticostéroïdes oraux.

Les traitements de fond ayant l'AMM sont les corticostéroïdes inhalés (CSI) : fluticasone, budésonide, béclométasone.

En revanche, les bêta-2 mimétiques de longue durée d'action n'ont l'AMM qu'à partir de 4 ans.

Le cromoglycate de sodium n'a plus sa place dans le traitement de l'asthme.

La stratégie médicamenteuse initiale est basée sur l'évaluation de la sévérité de l'asthme. En cas d'asthme intermittent aucun traitement de fond n'est préconisé. Si l'asthme est persistant léger à modéré, un CSI à dose faible à moyenne est recommandé avec aérosol doseur ou chambre d'inhalation et masque. En cas d'asthme intermittent sévère ou persistant sévère : CSI à dose forte plus ou moins associé aux B2CA ; avec aérosol doseur, chambre d'inhalation et masque. Si le contrôle des symptômes reste insatisfaisant, on peut proposer des nébulisations de CSI (ressort du spécialiste). En cas de symptômes aigus, les B2CA sont toujours indiqués, plus ou moins associés à une corticothérapie orale.

En cas de non-contrôle après 2 à 3 mois, il faut augmenter la pression thérapeutique d'un palier.

La diminution des doses sera envisagée après un contrôle maintenu pendant 3 à 6 mois.

Références

1. HAS, Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : recommandations professionnelles, mars 2009.

2. Société Pédiatrique de Pneumologie et Allergologie. Prise en charge de la crise d'asthme de l'enfant (nourrisson inclus), Recommandations 2007.

3. Du bon usage des corticoïdes inhalés chez l'enfant asthmatique (nourrissons inclus), Recommandations 2004.

Items ECN

86. Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte

226. Asthme de l'enfant et de l'adulte

336. Toux chez l'enfant et chez l'adulte

Le syndrome inflammatoire du sujet âgé

« Docteur, je suis fatigué ! »

Sarah Spina, interne

ITEM ECN 112

Un patient âgé de 79 ans coronarien consulte pour asthénie depuis 15 jours avec anorexie et amaigrissement de 3kg sans fièvre. Il n'y a pas de plainte, notamment psychologique. L'examen clinique est normal.
Le bilan biologique retrouve une CRP à 58mg/l et une VS à 43mm/h. Le reste du bilan est normal.

Questions

* Qu'est-ce qu'un syndrome inflammatoire biologique ?
* Quelles orientations diagnostiques devant un syndrome inflammatoire biologique du sujet âgé ?
* Quel bilan complémentaire de première intention réaliser devant un syndrome inflammatoire évoluant depuis plus de 3 semaines sans orientation clinique?
* Quelle prise en charge en cas de bilan complémentaire de première intention négatif ?

1 Qu'est-ce qu'un syndrome inflammatoire biologique ?

Le syndrome inflammatoire (SI) biologique est classiquement défini par l'élévation de la vitesse de sédimentation (VS) et d'une protéine de l'inflammation dont les principales sont : la *C reactive protein* (CRP), l'haptoglobine, le fibrinogène et l'orosomucoïde [1].

La VS, distance parcourue en 1 heure (mm/h) par des hématies qui sédimentent dans un tube sous l'action de la gravité, est un examen simple et peu coûteux (1,89 € [2]), mais peu spécifique. Sa mesure à 2 heures n'a pas d'intérêt. La formule de Miller, qui permet de calculer le seuil pathologique de la VS en fonction de l'âge, semble peu adaptée aux sujets très âgés [3]. Le seuil patholo-

Tableau I : facteurs influençant la vitesse de sédimentation chez le sujet âgé

	Pouvant l'augmenter	Pouvant la diminuer
Physiologiques	• Âge • Sexe féminin	
Pathologiques	• Maladies inflammatoires • Anémie • Hypergammaglobulinémies • Héparine • Hyperlipoprotéinémie • Obésité • Insuffisance rénale chronique • Syndrome néphrotique	• Anomalie des hématies • Anomalies protéiques • Hypogammaglobulinémie • Hyperviscosité, forte hyperleucocytose (> 50 000/mm3) • Insuffisance hépatocellulaire • Insuffisance cardiaque congestive • Cachexie • Corticoïdes
Mécaniques	Conditions de recueil et d'analyse	

gique de la VS à la 1ère heure après 50 ans est estimé **à 20 mm chez l'homme et 25 mm chez la femme**. Les facteurs influençant la VS chez le sujet âgé sont listés dans le tableau I.

La CRP a une cinétique rapide car variant dès la 6ème heure. Lors d'une réaction inflammatoire, la CRP est toujours élevée, sauf dans le cas d'une poussée de maladie lupique.

L'haptoglobine, le fibrinogène et l'orosomucoïde sont moins utilisées du fait de leur lente cinétique. Lorsque le SI dure plus de 3 semaines, on parle de SI prolongé.

2 Quelles orientations diagnostiques devant un syndrome inflammatoire biologique du sujet âgé ?

Après avoir affirmé le syndrome inflammatoire biologique, il faut en retrouver la cause. L'**interrogatoire** est une étape clé. Un **examen physique complet et surtout répété** est nécessaire [4] avec en points essentiels une palpation des aires ganglionnaires, recherche d'une masse abdominale, d'un souffle cardiaque, d'une abolition d'un pouls temporal et bien sûr recherche d'un foyer infectieux.

Quatre grands types de maladies seront recherchés [5]:

- Les **maladies inflammatoires systémiques** : maladie de Horton, pseudopolyarthrite rhizomélique, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathie du sujet âgé mais aussi thyroïdite auto-immune ;
- Les **maladies infectieuses** : pulmonaires, urinaires, cutanées, abdominales, ORL et dentaires, parasitoses et mycoses profondes, infections virales chroniques, spondylodiscite, méningite, mais aussi l'**endocardite** et la **tuberculose** ;

- Les **cancers et hémopathies** : lymphomes, myélodysplasies, **myélome** ou maladie de Waldenström mais aussi **tumeurs solides** telles que cancer du rein, colorectal, bronchopulmonaire, sein et ovaire chez la femme, prostate chez l'homme ;

- La **maladie thromboembolique veineuse** et les thromboses artérielles évolutives.

Lorsque la VS est à plus de 100, la pathologie infectieuse représente environ 50 % des cas (les infections respiratoires et génito-urinaires regroupant un tiers des cas), la pathologie cancéreuse représente 20 à 25 % des cas dont un tiers correspond aux hémopathies, la pathologie inflammatoire représente 20 à 25 % des cas. Après 65 ans, il faut rechercher systématiquement une maladie de Horton [3, 5].

3 Quel bilan complémentaire de première intention réaliser devant un syndrome inflammatoire évoluant depuis plus de 3 semaines sans orientation clinique?

Les examens complémentaires seront orientés par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. En première intention, les examens biologiques suivant sont préconisés [3, 4, 5]:

- Numération Formule Sanguine
- VS et CRP
- électrophorèse des protéines sériques
- ionogramme sanguin avec la créatinémie, la protidémie, la calcémie
- bilan hépatique
- examen cytobactériologique des urines
- hémocultures, surtout en cas de fièvre, d'hypothermie ou de frissons

La radiographie thoracique et l'échographie abdomino-pelvienne sont les deux examens morphologiques à envisager en première intention. Selon le contexte, peuvent être proposés le scanner des sinus, le panoramique dentaire, l'intradermoréaction tuberculine, un échodoppler veineux des membres inférieurs, un électrocardiogramme.

4 Quelle prise en charge en cas de bilan complémentaire de première intention négatif ?

Elle va dépendre de l'état général du patient [3, 4] :

- S'il n'y a pas d'altération de l'état général, après les examens complémentaires de première voire deuxième intention sans diagnostic établi, une surveillance clinique et biologique ambulatoire peut être proposée. Environ deux tiers des syndromes inflammatoires prolongés disparaissent spontanément en plusieurs mois sans qu'un diagnostic étiologique ne puisse être posé.

- Si l'état général est altéré, il est licite de poursuivre les explorations telles que recherche de bacilles de Koch, une biopsie tissulaire ou encore un PET Scan au 18-FDG. Dans cette situation, un avis spécialisé en médecine interne, infectiologie, rhumatologie voire une hospitalisation sont à privilégier.

Chez la personne âgée, le **scanner thoraco-abdomino-pelvien** et la **biopsie d'artère temporale** seraient les examens les plus rentables en seconde intention [3]. L'**échographie cardiaque** est à réaliser en fonction des facteurs de risque.

Références

1. Fain O. Marqueurs de l'inflammation. La revue du praticien médecine générale. 2008; 22(807):810-812.

2. Cotations des actes biologiques. www.ameli.fr

3. Durant R, Blain H, Jeandel C. Syndrome inflammatoire chez la personne âgée. EMC-Médecine 2. 2005:284–290.

4. Collège national des enseignants de médecine interne. Réaction inflammatoire : aspects cliniques et biologiques. Conduite à tenir. Médecine Interne 3ème édition, ELLIPSES.2011.

5. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, et al. Altération de l'état général, syndrome inflammatoire du sujet âgé. Gériatrie 2ème édition, MASSON. 2009.

Item ECN

112. Réaction inflammatoire : Aspects biologiques et cliniques. Conduite à tenir.

Une éruption atypique

« Docteur, c'est quoi ces boutons ? »

Jean-François Faure, interne

Un patient de 45 ans est vu en consultation pour apparition d'une éruption cutanée évolulant depuis 4 jours. Il est en bon état général, apyrétique. Il n'a pas d'allergie connue, pas de facteur de risque d'IST déclaré. Il ne présente pas de prise médicamenteuse récente. Il a séjourné récemment chez son frère dans le nord de la France.
L'éruption est très prurigineuse avec des papules érythémateuses à surface discrètement œdémateuse, d'un diamètre d'environ 5mm.
Cette éruption prédomine sur les membres inférieurs. On retrouve quelques papules sur les avants bras, une partie du bas du dos et la région cervicale gauche. Le dessin des lésions évoque un trajet le long des membres concernés.

Questions

* Quel diagnostic évoquer en première intention ?
* Les punaises de lit : une parasitose nouvelle ?
* Dans quel cas évoquer les punaises de lit ?
* Quelle est la conduite à tenir ? (Traitements, Méthodes de lutte et de prévention)
* Quels sont les diagnostics différentiels principaux ?

1 Quel diagnostic évoquer en première intention ?

Les punaises de lit sont des insectes hématophages de la taille d'un pépin de pomme, se déplaçant activement la nuit. Les punaises vivent surtout dans les bâtiments des grandes villes, dans la literie ou les boiseries. Leur présence n'est pas liée à l'insalubrité d'un habitat.

2 Les punaises de lit : une parasitose nouvelle ?

Non. Les punaises de lit sont des insectes vivant aux côtés de l'homme depuis des milliers d'années, parfaitement connus par nos grands-parents avant la seconde guerre mondiale. L'infestation est en pleine recrudescence mondiale depuis le milieu des années 90 (New York : 1million de personnes touchées, 15% des habitations [1]). Cette expansion est entre autres liée à nos changements sociaux (voyages) et surtout à l'interdiction d'utilisation d'un puissant insecticide, le DDT dans les années 90.

3 Dans quel cas évoquer les punaises de lit ?

D'une part à l'interrogatoire, nous recherchons la présence de taches noires sur les draps (déjections) ou de sang (punaises écrasées par les dormeurs), l'atteinte des parties découvertes (bras, jambes, dos) et surtout la notion d'un prurit important. D'autre part à l'examen physique : on note des papulo-macules érythémateuses de 5mm à 2cm de diamètre avec un point hémorragique central. Souvent, il s'agit de trois ou quatre marques qui sont regroupées sur la peau, en « rang d'oignon ». Ces lésions peuvent disparaître au bout de quelques heures ou dans certains cas entraîner un phénomène allergique plus marqué (urticaire réactionnel voire des œdèmes de Quincke également décrits). Les punaises ne sont pas vectrices de bactéries, virus… par contre il y a évidemment un risque de surinfection bactérienne sur les lésions de grattage. Le diagnostic de certitude repose sur le recueil d'une punaise.

4 Quelle est la conduite à tenir ? (Traitements, Méthodes de lutte et de prévention)

D'une part, il faut débuter un **traitement symptomatique** : anti-histaminique (cetirizine 10mg/jour pendant 10 jours environ), corticoïdes locaux si besoin. Il faut penser à traiter une surinfection éventuelle.

Ensuite des **méthodes de lutte** doivent être entreprises :

- La lutte mécanique : elle est primordiale pour diminuer la charge parasitaire d'un lieu.

Il s'agit en premier lieu de passer l'aspirateur (avec l'embout fin) au niveau des éléments de literie. Pour les tissus d'ameublement, les recoins et les conduits des pièces, le nettoyage vapeur à 120°C détruit les insectes.

La congélation à -20° pendant au moins 48h de certains objets « douteux » permet également une neutralisation des punaises. Pour les vêtements (et valise si retour de voyage), le lavage à la machine à une température supérieure à 55°C est efficace. La restauration des lieux, la suppression de l'ameublement et à l'extrême le chauffage du mobilier à une température supérieure à 60°C sont des solutions de dernier recours (pratiquées essentiellement aux États-Unis).

- La lutte chimique : il existe peu d'insecticides du commerce efficaces. Dans la plupart des cas, il est préférable de contacter un spécialiste de la gestion antiparasitaire, ou les services d'hygiène de la mairie. Ils pourront traiter votre logement avec des insecticides très puissants.

Le professionnel devra intervenir deux fois au minimum à environ 2 semaines d'intervalle.

La Prévention :

Il n'existe pas de prévention idéale. Ne jamais être infesté par des punaises de lit est « mission impossible » pour un hôtel ou toutes autres structures hébergeant des personnes. La primo-infestation est peu contrôlable. En revanche, une hygiène quotidienne, des structures propres, associées à des campagnes d'information du personnel de nettoyage, minimise les risques d'infestations et augmente une découverte précoce des punaises

5 Quels sont les diagnostics différentiels principaux ?

En premier lieu, la gale (nodules, sillons scabieux). Ensuite, il faut penser aux poux et puces (recherche dans les cheveux, présence d'un animal de compagnie). Contrairement au pou, la punaise ne reste pas sur le corps après avoir piqué. On peut aussi évoquer la dermite atopique/eczéma.

Références

1. Portail Santé Montréal. Punaises de lit. Site internet : santemontreal.qc.ca. Montréal.2011

2. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les punaises de lit.Site internet : sante.gouv.fr. Paris.2012

3. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Les punaises de lit, mieux les connaître pour mieux les combattre. Site internet : santemontreal.qc.ca. Montréal.2011

4. DELAUNAY P. BERENGER J-M. IZRI A. CHOSIDOW O. Les punaises de lit; biologie, lutte et santé publique. Extrait de Riviera Scientifique. 2010

5. Agence régionale de Santé (ARS) PACA. Les punaises de lit. Site internet : ars.paca.sante.fr. Nice.2011

Item ECN

79. ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose.

Lecture critique d'article

Association entre les évènements cardiovasculaires et les médicaments effervescents, dispersibles et solubles contenant du sodium : Une étude cas-témoin nichée dans une cohorte

Association between cardiovascular events and sodium-containing effervescent, dispersible, and soluble drugs: nested case-control study *

Jacob George senior lecturer/honorary consultant in clinical pharmacology[1], Waseem Majeed core medical trainee in medicine [2], Isla S Mackenzie senior lecturer/honorary consultant in clinical pharmacology [3], Thomas M MacDonald professor of clinical pharmacology [3], Li Wei senior lecturer in medical statistics [3 4]

1. Division of Medical Science, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee DD1 9SY, UK;
2. NHS Tayside, Ninewells Hospital, Dundee DD1 9SY, UK;
3. Medicines Monitoring Unit and Hypertension Research Centre, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee DD1 9SY, UK;
4. Department of Practice and Policy, UCL School of Pharmacy, London WC1H 9JP, UK

Damien Driot, interne
Gérard Leroux, docteur — Florence Canouï-Poitrine, docteur

1) Quel est le type d'étude choisie ? Quels en sont les avantages et inconvénients ?

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle analytique cas-témoin multicentrique. Mais elle est prospective car « nichée dans une cohorte ».

Les patients de l'étude sont issus d'une base de données médico-administrative en soins primaires, la UK *Clinical Practice Research Datalink* (CPRD), qui contient les données de plus de 500 centres de soins primaires, cohorte représentative de la population anglaise.

Les avantages sont : niveau de preuve aussi bon que celui d'une cohorte car le schéma est prospectif donc pas de biais de mémoire comme dans une étude cas témoin classique tout en ayant un effectif réduit (ici 61 072 cas et autant de témoins alors que la cohorte mère est de 1 292 337). Elle permet aussi l'analyse de plusieurs pathologies.

Le principal inconvénient est la difficulté à établir un lien de causalité car c'est une étude observationnelle. On ne peut que calculer une approximation du risque relatif (RR) : c'est l'odds ratio (OR). Enfin, c'est une étude avec un niveau de preuve égal à celui d'une cohorte (niveau 2 grade B)

2) Quelle est l'hypothèse de travail ? Vous paraît-elle cohérente avec les données actuelles ? Justifiez.

L'hypothèse est qu'il existe un lien entre le contenu en sodium de certains médicaments et une augmentation des évènements cardiovasculaires.

Cette hypothèse semble cohérente avec les données actuelles fournies par l'Institute of Medicine US en 2010. La réduction de la consommation quotidienne de sel (NaCl) à 6 g/24 heures pourrait prévenir 11 millions de cas d'hypertension artérielle aux États-Unis. En Grande-Bretagne, la réduction quotidienne de 3 g/24 h de NaCl consommé pourrait prévenir 30 000 évènements cardiovasculaires D'autre part l'excès de sodium chez les sujets sains induit des lésions des fonctions endothéliales, de la relaxation du ventricule gauche et de la repolarisation cardiaque.

L'imputabilité des médicaments contenant du sodium comme excipient est fortement évoquée : la prise quotidienne de 4g de paracétamol effervescent représente une prise de sel (NaCl) supérieure à 8 g et ce sans tenir compte de la prise alimentaire de sodium.

lien en français : http://bit.ly/1mbx3gh

lien en anglais : http://1.usa.gov/1mbxdnT

3) Quel est le critère principal de jugement de cette étude ? Discutez des avantages et inconvénients potentiels de ce type de critère.

Le critère principal de jugement (CPJ) est un critère composite d'évènements cardiovasculaires majeurs : infarctus du myocarde non fatal, accident vasculaire cérébral (AVC) non fatal, ou mort par cause vasculaire.

Ce critère permet de regrouper plusieurs évènements cliniques (qui doivent former un groupe cohérent). Il permet de réduire le nombre de sujets nécessaires tout en recueillant l'effet « global » d'un traitement testé, de raccourcir la durée de l'étude et d'augmenter le taux d'évènements cliniques étudiés (en améliorant la puissance statistique).

L'interprétation peut-être toutefois difficile si les critères sont d'importance variable (pas le même poids en terme de santé individuelle ou publique) et si la variabilité de l'effet du traitement sur les différents composants est grande (avec un effet plus prononcé sur les composants les moins importants). En effet, le résultat s'applique au critère dans son ensemble et ne permet pas de conclure pour chacune de ses composantes. Une analyse en sous-groupe est ensuite possible, à condition d'avoir été prévue préalablement au protocole afin de pouvoir être significative.

4) Les variables d'ajustement sont-elles définies ? Et dans quel but ?

Oui, concernant les calculs des OR, les ajustements ont été faits sur des variables définies a priori (âge, sexe, tabac, poids et 9 maladies) et sur la prescription de Potassium et 9 médicaments possiblement prescrits.

Ceci afin de s'affranchir de potentiels biais de confusion liés à ces facteurs.

Il n'est cependant pas clairement explicité comment ces variables ont été mesurées dans la base mère.

5) Les caractéristiques des patients inclus dans les 2 groupes sont –elles comparables ? Les auteurs ont-ils tenu compte des différences ?

NON, ces données ne sont pas comparables.

Même si elles sont comparables sur 3 facteurs appariés (l'année de naissance, le sexe et le centre de soins fréquenté), les caractéristiques des patients inclus variaient entre les cas et les témoins. Les cas comptaient significativement plus de fumeurs, d'antécédents d'angor, d'insuffisance cardiaque, de bronchite chronique obstructive, de maladies vasculaires périphériques, de diabète de type 2 et de maladies rénales chroniques que le groupe témoin. De même, il y avait plus de prescriptions de médicaments à visée cardiovasculaire.

Oui, les auteurs ont tenu compte de ces différences puisqu'ils ont fait un ajustement des OR dans l'analyse multivariée.

6) Que montrent les résultats pour le critère principal et les critères secondaires ?

L'OR ajusté sur l'ensemble des covariables était de 1.16 (IC95% 1.12 – 1.21). Ce qui montre que l'exposition à des médicaments contenant du sodium est indépendamment associée à une augmentation modérée mais statistiquement significative du risque d'évènements cardiovasculaires.

Concernant les critères secondaires, qui étudiaient chaque composante du CPJ, les résultats montraient une augmentation significative du risque d'AVC non mortel OR=1,22 (IC95 :1,16-1,29), d'hypertension OR=7.18 (IC95 6.7 – 7.6) et de mortalité toutes causes OR=1.28 (IC95 1.23-1.33). Ils ne montraient pas d'association pour les infarctus du myocarde non mortels, les décès d'origine vasculaire et l'insuffisance cardiaque.

On ne peut conclure, de façon formelle, que pour le CPJ mais la multiplication par 7 du risque d'HTA est cohérente avec les données connues.

7) Les auteurs ont-ils tenu compte des doses cumulées de Sodium consommé ?

Oui, ils ont scindé les consommations cumulées en 3 tiers. Pour le 1/3 inférieur (Na < 7 120 mmol Na) l'OR ajusté n'était pas statistiquement significatif (IC95 prend le 1) mais pour le 2ème (7 121-30 285 mmol) et le 3ème tiers (> 30 285 mmol), les OR étaient respectivement 1,33 - IC95(1,20-1,48) et 1,31 - IC95(1,18-1,45).

Le test de tendance linéaire a montré une tendance positive statistiquement significative dans la relation dose-effet ($p<0.01$).

8) Peut-on conclure avec certitude que la mortalité (toutes causes comprises) est accrue par la prise de médicaments contenant du sodium dans leurs excipients ?

Non. Cette étude est observationnelle, non interventionnelle et ne permet pas d'affirmer le lien causal avec certitude. Néanmoins plusieurs critères en faveur de la causalité sont réunis.

9) Quel(s) biais de confusion les auteurs critiquent-ils dans leur étude ?

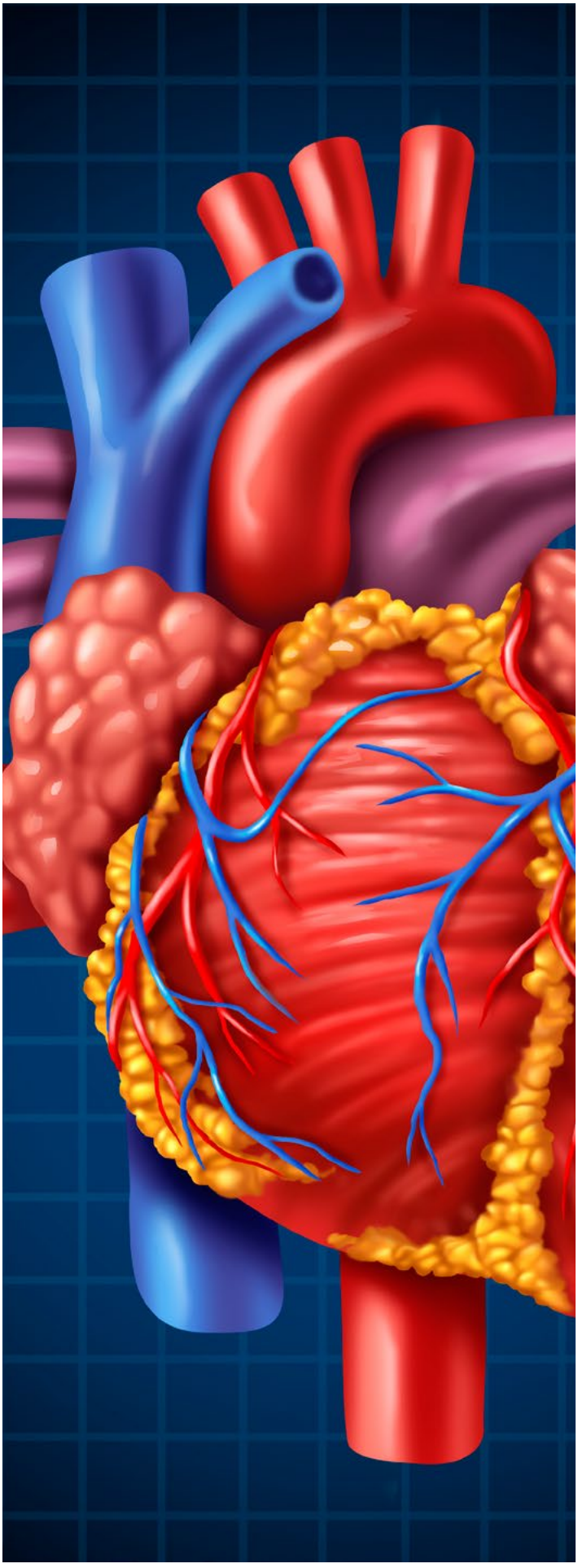
Le principal biais de confusion évoqué par les auteurs est l'impossibilité d'évaluer, avec ce schéma d'étude, les prises de sodium alimentaire ou en rapport avec des médicaments achetés « over the counter » (c'est-à dire sans ordonnance et sans trace). De même que le comportement global pour la santé et l'histoire familiale.

La prise de médicaments contenant du sodium pourrait être associée avec un comportement moins bon pour la santé ou avec un moindre contact avec les professionnels de santé.

10) Quel est l'intérêt de cette étude pour la pratique en soins primaires ? Justifiez votre avis.

Cette étude semble présenter un intérêt important pour la pratique en soins primaires. Les résultats sont extrapolables à une population française de médecine générale : les médicaments sont les mêmes, les comportements sont proches (même si les habitudes alimentaires sont différentes), il n'y a pas de différence ethnique importante, et l'accès aux soins ne pose pas de problème majeur. Lorsqu'ils prescrivent de novo ou lorsqu'ils renouvellent l'ordonnance d'un spécialiste, les médecins généralistes français, comme les « GP » anglais, devraient tenir compte de la quantité de sodium contenue dans les différents produits (notamment ceux à visée antalgique). Surtout pour un patient ayant 1 ou plusieurs facteurs cardiovasculaires avérés. L'augmentation des différents accidents cardiovasculaires étudiés varie de 15 à 25% (sauf pour l'HTA qui est multipliée par 7) et représente donc un poids certain en terme de santé publique. Cette étude, qui a un protocole bien mené et une bonne maîtrise des biais, doit nous alerter et nous pousser à plus de vigilance quotidienne dans les prescriptions.

Elle pourrait être confirmée par un essai où les traitements seraient, dans un groupe, systématiquement remplacés par des traitements avec ou sans faible dose de sodium, versus un autre groupe, où le traitement habituel serait prescrit. Mais cet essai serait-il éthique ? On peut penser que oui car il n'y a pas de perte de chance pour les patients dans le groupe contrôle.



Ça peut toujours servir !...

Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

Geoffroy Perroncel, interne

Est-ce qu'une radiographie est utile ? Vaut-il mieux une échographie ou un scanner ? Une IRM m'aiderait-elle ? Quel médecin ne s'est jamais posé la question de savoir quel examen complémentaire prescrire ? Et lequel serait le plus utile ou le plus informatif ? Et ferait perdre le moins de temps concernant la prise en charge ?

Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale a pour but d'orienter le choix du médecin prescripteur vers l'examen le plus adapté à la pathologie explorée.

Conception :

Ce guide est le fruit d'un travail conjoint de la Société Française de Radiologie (SFR), de la Société Française de Médecine Nucléaire (SFMN) et de leurs collèges nationaux d'enseignants, avec le soutien de la Haute Autorité de Santé (HAS), et de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN). 25 sociétés savantes non radiologiques se sont associées à ce travail, dont, entres autres, la Société de Médecine du Sport et la Société Française des Médecins Urgentistes.

La réalisation de ce guide a nécessité la contribution de plus de 700 praticiens (radiologues, médecins nucléaires, généralistes, et spécialistes). Près de 400 situations cliniques y sont traitées, avec pour chacune des recommandations, leurs niveaux de preuves scientifiques, mais aussi les doses délivrées de rayonnement ionisant.

Cet outil mis à la disposition des médecins prescripteurs et radiologues est en libre accès sur internet, en version électronique, mis à jour régulièrement sur : gbu.radiologie.fr, facilement retrouvable via le site de la Société Française de Radiologie (SFR) ou même Google. Un accès pour smartphone et tablette est en cours de finalisation.

La radioprotection :

Ce guide se veut pratique ; permettant de renseigner le médecin sur l'intérêt de la prescription, la hiérarchisation des demandes, et les risques de l'utilisation des techniques d'imagerie à rayonnement ionisant.

La première version de ce guide, présentée en 2005, a été mise à jour en 2013 à la demande de l'Autorité de Sûreté Nucléaire, constituant le document de référence de la justification des examens d'imagerie médicale.

Cette actualisation était nécessaire devant la progression constante de la contribution de l'imagerie au diagnostic des maladies, à l'orientation de la stratégie thérapeutique, au suivi de l'efficacité du traitement, ainsi que devant le développement du matériel et de son utilisation (scanner et tomographie par émission de positons, notamment).

La radioprotection des patients fait partie des obligations légales depuis la directive 97/43 Euratom, impliquant les médecins prescripteurs et réalisateurs des examens d'imagerie utilisant des rayonnements ionisants.

Objectif :

Tout en répondant à une obligation réglementaire, le « guide de bon usage des examens d'imagerie médicale » doit permettre d'atteindre quatre objectifs dans les domaines de la radioprotection des patients, de la rationalisation des pratiques, des échanges interdisciplinaires et de l'organisation des audits cliniques.

La suppression des examens d'imagerie non justifiés, constitue le moyen le plus simple et le plus efficace de réduire l'exposition des patients. Un examen utile est un examen dont le résultat positif ou négatif modifiera la prise en charge du patient ou confortera le diagnostic du clinicien.

Privilégier l'utilisation des techniques non irradiantes (imagerie par ultrason ou par résonnance magnétique), permet de limiter l'exposition des patients. Néanmoins cet objectif n'est parfois pas réalisable en raison de la disponibilité des machines (IRM).

Le « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » est un référentiel de bonnes pratiques et ne peut prétendre à l'exhaustivité de toutes les situations cliniques ; les praticiens restant libres et responsables de leurs prescriptions.

Utilisation :

Le logiciel disponible en ligne ou en mode déconnecté, est facile d'utilisation et son interface est intuitive. Dans le cas contraire un didacticiel à été fourni. La recherche peut se faire par spécialités, ou par mots clefs.

Le guide présente alors les examens d'imagerie recommandés selon la situation clinique choisie, ainsi que des informations complémentaires, des commentaires, les contre-indications, le niveau de preuve scientifique de la recommandation, et une évaluation de l'exposition aux rayonnements ionisants.

Voici un exemple illustré : Un patient consulte pour des douleurs abdominales d'apparition récente, je souhaite connaître quels examens prescrire : sur le guide, je clique sur « appareil digestif », puis sur « douleur abdominale aigue », le premier examen proposé est une échographie : à utiliser en première intention en cas de suspicion de cholécystite ou d'appendicite ainsi que chez les femmes en âge de procréer. Le scanner est proposé en cas de suspicion de diverticulite ou en deuxième intention en cas d'échographie non contributive. La radiographie thoracique est citée dans certains cas particuliers, et l'abdomen sans préparation n'est pas indiqué avec la justification.

Ainsi, je vous encourage lors de votre pratique médicale, en cas de besoin, à ne pas hésiter à utiliser cet outil mis à notre disposition sur : gbu.radiologie.fr.

Référence

www.sfrnet.org

Les Associations

Un ETAI à Toulouse, partenaire des enfants laotiens

Margot Fostier, externe présidente d'un ETAI

Les Étudiants Toulousains pour l'Aide Internationale (association **un ETAI**) poursuivent leurs projets en Asie. Pour la quatrième année consécutive, 25 bénévoles vont s'envoler cet été 2014 au Laos, pour aider des villageois à construire des infrastructures publiques. Un ETAI fête ses 10 ans, forte d'une trentaine de bénévoles, principalement étudiants en médecine, mais également étudiants en sciences, en para médical et en écoles de commerce.

Cela fait quatre ans qu'un ETAI s'investit au Laos, en lien avec des associations locales pour mener à bien différents projets. Cette année, les étudiants vont entamer la construction de l'école du village de Ban Phontad, dans la province de Champassak, au sud du pays. Par groupes de 5 à 9, les bénévoles se relaieront toutes les deux semaines pendant deux mois, en juin et juillet, travaillant avec les villageois et des ouvriers locaux. Un ETAI travaille avec l'association laotienne Bane Nakham, présidée par Sommay Litnhouvongs, qui organise l'arrivée des étudiants dans le village, établit leur feuille de route et recrute la main d'œuvre locale. Sur place, les étudiants s'occupent de l'achat de matériel dans la ville voisine de Paksé et de la nourriture pour leur séjour. Hébergés chez l'habitant, ils partageront la vie du village, travaillant du lever du soleil à midi et consacrant leurs après-midi aux enfants, avec une série d'activités ludiques et pédagogiques. C'est un temps précieux passé au rythme du village prometteur d'échanges humains inoubliables.

A Ban Phontad, le toit et les fondations avaient déjà été réalisés par une association américaine, qui avait dû suspendre le projet faute de fonds suffisants. Un ETAI a prévu de bâtir quatre classes pour les enfants du CP au CE2, ainsi que des sanitaires à côté du bâtiment.

Les étudiants vont profiter de ce séjour pour retourner sur le chantier de l'année passée, dans le village de Ban Saeng, où l'association a construit une école durant trois étés consécutifs. Même si le projet est achevé, il est important de retourner voir les habitants et de s'assurer du bon fonctionnement de la structure. Les étudiants en médecine en profiteront pour évaluer les besoins du dispensaire local. La construction de l'école et des sanitaires du village de Ban Photnad devrait se poursuivre encore deux ans, à l'issue desquels l'association cherchera un autre projet.

Des projets au long cours

La venue d'un ETAI au Laos est l'aboutissement d'un travail de fond, démarré 9 mois plus tôt. Il faut réunir le budget via des appels aux dons, rechercher des subventions (Université Paul Sabatier, facultés de médecine, organismes publics…), participer à des manifestations de solidarité internationale, organiser des soirées festives, des ventes de sandwichs etc…. Le voyage reste à la charge des étudiants, pour ne pas entamer le budget entièrement dédié au projet sur place. Toute l'année, les étudiants apprennent à monter un projet collectif, à se répartir les tâches et à communiquer sur leurs actions.

Née en septembre 2004 à l'initiative d'étudiants désireux de s'investir dans des projets de Solidarité Internationale et de monter leur propre projet, un ETAI a choisi le Vietnam, puis le Laos, sur les conseils du Professeur Jean-Jacques Conte, ancien président de l'Université Paul Sabatier, et de Mme France Arrestat, de Médecins Du Monde, respectivement parrain et marraine de l'association.

De 2005 à 2011, Un ETAI s'est engagé dans un projet éducatif au Vietnam, en collaboration avec Solidarité Jeunesse Vietnam, pour la mise en place d'une structure éducative (la Youth House) qui accueille des enfants défavorisés et non scolarisés vivant sur les berges du fleuve rouge à Hanoï. Des volontaires se sont relayés

tout au long de l'année pour leur donner des cours de Vietnamien, d'Anglais et de Mathématiques. Lors des missions au Vietnam, des actions de sensibilisation à l'hygiène et à la sexualité ont été menées auprès des enfants, ainsi que des activités ludiques. L'ambition de cette Youth House était que ces enfants puissent entrer dans une école gouvernementale pour, plus tard, s'intégrer dans la vie professionnelle. Ce projet est maintenant géré par le partenaire local d'Un ETAI, Solidarité Jeunesse Vietnam.

L'année 2010-2011 a été une année de transition pour l'association. Un nouveau projet a vu le jour au Laos, pays voisin du Vietnam, avec Ecoles Champa Lao, une association de solidarité internationale, pour la rénovation d'une école primaire à Ban Saeng. Le projet a duré trois ans, jusqu'en 2013, avant le départ de la mission à Ban Phontad.

Un ETAI s'investit toute l'année pour mener son projet à l'international, mais pas seulement. Les étudiants communiquent aussi sur leur travail, pour sensibiliser leurs pairs et leurs donner envie de rejoindre les rangs. Cette année, une exposition photo a été organisée à la Bibliothèque Santé de la faculté de médecine de Rangueil. En marge de l'aventure laotienne, les étudiants se sont investis pour la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme, en organisant un ciné-débat avec le Pr Antoine Berry, parasitologue, une exposition photos et des stands de sensibilisation dans les facultés et au centre ville de Toulouse.

Les Associations

Bouge ton Karma !

Agnès Caminel, externe — Dimitri Mercier, étudiant deuxième année Arts et Métiers de Bordeaux

La genèse : Un rêve de solidarité, une bonne dose de courage et un soupçon d'insouciance…

Bouge ton Karma ! (BTK) est une association créée en 2013 par Agnès Caminel, étudiante en troisième année de médecine à la faculté de médecine Purpan Toulouse et Dimitri Mercier, étudiant aux Arts et Métiers de Bordeaux. Lors de leur voyage en Inde, ils ont découvert et aidé l'association indienne Dream India Network. En Inde, de nombreux enfants vivent dans la rue, avec ou sans parents. Cette association accueille les jeunes filles de 3 à 18 ans dans des Rainbow Homes. Le principe : des lieux de vie où les enfants peuvent manger, dormir, jouer et surtout apprendre. Véritable ascenseur social, l'association permet actuellement à plus de 350 enfants de bénéficier d'une enfance digne et formatrice.

Basées à Bangalore, les Rainbow Homes sont au nombre de cinq mais de nombreux agrandissements et de nouvelles constructions doivent être lancées dans les prochaines années grâce au dynamisme des responsables indiens.

Bouge ton Karma ! veut être l'ambassadeur français de Dream India Network et souhaite aider à la réalisation de nouveaux projets en proposant à des étudiants de tous horizons d'aller leurs prêter main forte durant l'été.

Objectifs : De la jeunesse de France à l'enfance indienne …

Bouge ton Karma puise son énergie dans un rêve : celui de proposer aux enfants des rues de Bangalore un toit et des conditions de vie dignes.

Pour cela, afin d'être au plus proche des nécessités du terrain, les projets sont proposés par l'association Indienne, plus apte à appréhender les besoins locaux et les évolutions futures. BTK apporte alors une aide financière et humaine.

Actuellement plusieurs projets sont proposés par l'association indienne. La diversité de ceux-ci recouvre différents degrés d'implication et de compétence. Ainsi chaque jeune voyageur y trouve son compte. Voici quelques-uns des projets actuels :

- Le projet « ***Foster Home*** » a pour objectif de construire un petit quartier résidentiel constitué de huit bâtiments. Les « maisons » seront de trois étages et pourront accueillir huit enfants encadrés par une « maman ». Il y aura aussi une cantine et un bâtiment administratif. Pour réaliser ce projet, il nous faut rassembler plusieurs équipes de jeunes étudiants pour participer à la construction de ces nouvelles structures. L'association accompagnera les groupes français dans leur recherche de financement et dans la préparation de leur voyage.

- Aménager, réaménager ou agrandir les Rainbow Homes déjà existantes pour accueillir près de 70 jeunes filles dans des lieux de vie mieux organisés.

Ces projets sont de réels moteurs pour cette jeune association et poussent les étudiants à continuellement se dépasser. Mais le but de **BTK** ne se réduit pas à cela. En effet la majorité du travail se fait en amont, auprès des étudiants qui s'apprêtent à voyager et auprès de tous ceux qui s'engagent à nos côtés.

Les fondateurs de l'association souhaitent que ces projets soient source d'enrichissement pour les jeunes et pour cela, une réflexion en amont est nécessaire. Bouge ton Karma propose des forma-

tions pour ses bénévoles. C'est, selon eux, le meilleur moyen de favoriser une action à long terme mais aussi une façon d'intégrer cette expérience dans un réel développement personnel. Le travail de formation et de réflexions en amont se développe sur plusieurs points :

- L'engagement associatif,
- La solidarité internationale, l'aide humanitaire et l'aide au développement,
- Le voyage à l'étranger et comment vivre l'inter culturalité,
- Le partenariat : le comprendre et le renforcer
- La préparation du retour

Devenir soignant ne s'apprend pas que sur les bancs de la faculté.

Entreprendre une telle expérience en tant que futur professionnel de santé contribue à acquérir de nouvelles compétences. Se confronter à l'inter culturalité, c'est se préparer à mieux accueillir la différence autour de soi, même en France. Chacun dans son parcours professionnel sera amené à rencontrer des personnes de cultures différentes (ruraux, gens du voyage, urbains…) et cette diversité ne doit pas effrayer.

« Nos projets nous aident à nous accomplir en tant que personne. Ils nous permettent de nous épanouir, de grandir et de prendre conscience du monde qui nous entoure. Pour vivre au mieux et bénéficier au maximum de tout ce que nous pouvons apprendre de nos voyages, ces temps de réflexion au préalable sont précieux. »

Finalement, les projets de ces deux associations nous montrent bien à quel point les étudiants mettent un point d'honneur à s'investir de diverses manières pour élever la condition humaine, et replacer la dignité des peuples au centre de leurs intérêts.

Autant de rencontres et d'efforts, pour se tester, se surpasser, et mieux se connaître. Sorte de voyage initiatique de soi vers l'autre, comme un accompagnement fraternel pour responsabiliser les futurs soignants que nous sommes.

Pour ce 7ème numéro, nous avons décidé de mettre en lumière deux associations d'aide internationale, un ETAI et Bouge Ton Karma !, créées et gérées par les étudiants du campus Toulousain.

Il ressort de ces articles le soin tout particulier, voulu par les responsables associatifs, d'appuyer la démarche humanitaire sur des bases de travail solides développées en amont, via des réflexions de fond où chaque étudiant trouve les clés pour évaluer au mieux la progression de ses compétences techniques mais aussi humaines.

Ainsi, monter un projet, évaluer des besoins locaux, sensibiliser sur place aux problèmes de santé publique, transmettre les savoirs, anticiper une situation à risque et gérer des imprévus sur le terrain, sont autant de compétences primordiales qu'un futur soignant doit savoir appréhender.

Comme un enseignement informel, plus humain, plus concret, développé loin des bancs de la faculté mais tout aussi formateur pour ces futurs professionnels de santé.